

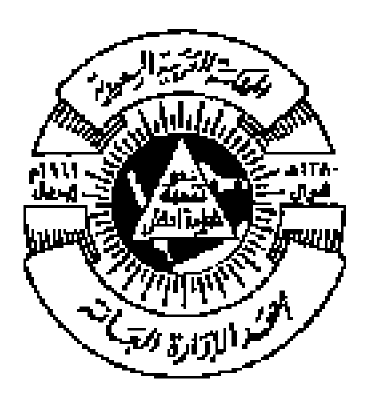
مركز البحوث

التنظيم في المنظمات الصحية

تأليف

د. طلال بن عايد الأحمدي

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

التنظيم في المنظمات الصحية

تأليف

د. طلال بن عايد الأحمدي

١٤٣٣هـ - ٢٠١١م

بطاقة الفهرسة

ⓗ معهد الإدارة العامة، ١٤٣٢هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

الأحمدي، طلال بن عايد.

التنظيم في المنظمات الصحية / د. طلال بن عايد الأحمدي - الرياض، ١٤٣٢هـ.

٤٢٤ ص؛ ١٧سم × ٢٤سم.

ردمك: ٦-٢٠٣-١٤-٩٩٦٠-٩٧٨

١- الصحة العامة - تنظيم وإدارة ٢- المنظمات والهيئات - تنظيم وإدارة

أ- العنوان.

ديوي ٣٥٠,٨٤١ ١٠٦٨٣ / ١٤٣٢

رقم الإيداع: ١٠٦٨٣ / ١٤٣٢

ردمك: ٦-٢٠٣-١٤-٩٩٦٠-٩٧٨

بسم الله الرحمن الرحيم

(وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ
عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ
وَسَتُرَدُّونَ إِلَى عَالِمِ الْغَيْبِ
وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا
كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ).

صدق الله العظيم
(سورة التوبة، الآية ١٠٥)

المحتويات

الموضـوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضــوع	الصفحة

الموضـــوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضـــوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضـــوع	الصفحة

الموضــوع	الصفحة

الموضـوع	الصفحة

الموضــوع	الصفحة

فهرس الجداول

فهرس الأشكال البيانية

رقم الشكل	الموضوع	الصفحة

المقدمة:

كما هو معروف أن إدارة الرعاية الصحية تُعنى بالنشاط المنظم لكافة الجهود والوسائل المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية من أجل تحقيق هدف الارتقاء بالمستوى الصحي للإنسان في أي بلد من بلدان العالم. فلا توجد دولة في أي مكان من العالم لا تضع في اعتبارها أهمية وضرورة تحقيق مستوى مقبول من الصحة لمواطنيها، وذلك على أساس أهمية الصحة قيمةً وحقاً من حقوق الإنسان، ووسيلةً أساسية لتحقيق التنمية الشاملة لأي مجتمع بغرض تحسين مستوى المعيشة وجودة الحياة للمواطنين.

ويهدف هذا الكتاب إلى تقديم مرجع علمي في وظيفة مهمة وأساسية من وظائف الإدارة الصحية ألا وهي تنظيم المنظمات الصحية، وروعي في كتابة هذا الكتاب أن يكون مناسباً لدارسي وممارسي الإدارة الصحية، مع الوضع في الاعتبار في الوقت نفسه القيمة العلمية والفكرية للكتاب من ناحية الحداثة والتركيز على وظيفة التنظيم في المنظمات الصحية بالنسبة للمهتمين بمجال الإدارة الصحية.

ولذا استخدم المؤلف منهجية التدرج في طرح الأفكار والمعلومات التي تضمنها الكتاب، بحيث يمكن فهم وتبسيط ما يتضمنه كل فصل من فصول الكتاب من خلال علاقته بما تم تناوله وطرحه في فصول سابقة من الكتاب. وقد تم التركيز على طرح الأفكار الأساسية والضرورية بما يلزم لفهم الموضوعات المتعلقة بتنظيم المنظمات الصحية التي تضمنها الكتاب.

وقد تم تنظيم موضوعات هذا الكتاب وعرضها في تسعة فصول.

ففي **الفصل الأول** تم تعريف وتصنيف المنظمة وماهية ومبادئ الإدارة ووظائفها وكذلك استعراض المفاهيم الأساسية للتنظيم والتعريف بأهمية ومبادئ التنظيم الجيد وأدواته، بالإضافة إلى عرض بعض من نماذج الهياكل الخرائط والأدلة التنظيمية.

وفي **الفصل الثاني** تم عرض الخدمات الصحية والتنمية وأبعاد ومفهومي الصحة والمرض والخدمات الصحية، وأبعاد الصحة والرعاية الصحية ومنهج النظم والأبعاد الأساسية للمنظمات وكذلك ما يتعلق بأسواق الخدمات الصحية والطلب عليها وعرض الخدمات الصحية والعوامل المحددة لها، بالإضافة إلى الخصائص والميزات الخدمات الصحية.

وفي **الفصل الثالث** تم استعراض فكرة نشأة الرعاية الصحية الأولية وعناصرها ومبادئ الرعاية الصحية والنظام الصحي الوطني ومستوى الرعاية وإستراتيجيات

تطبيق الرعاية الصحية وخدماتها والعاملين فيها، وكذلك تم التطرق إلى طب الأسرة ومكونات المركز الصحي وتنظيمه.

وفي **الفصل الرابع** تم توضيح مفهوم وخصائص وتصنيف المستشفى ووظائفه والعوامل المؤثرة عليه، وكذلك تم عرض طريقة التنظيم في المستشفى والتأثيرات المستقبلية على التصميم التنظيمي للمستشفيات والأدلة التنظيمية، بالإضافة إلى ما يخص الاستقبال والاستعلام والعلاقات مع الأقسام والإدارات الأخرى والهيكل التنظيمي لقسم العيادات الخارجية بالإضافة إلى التوصيف الوظيفي للعاملين بقسم العيادات الخارجية.

وفي **الفصل الخامس** تم استعراض الإدارة العليا في المنظمات الصحية، ووظائف ومسئوليات وأدوار مجلس الأمناء وموضوعاته وخطوات تنفيذ المجلس، كما تم التطرق لمجلس إدارة المستشفى، إضافة إلى أغراض ومسئوليات هيئة الأطباء وعضو وفئات وقيادات هيئة الأطباء، وكذلك قيادات ووظائف الأقسام الإكلينيكية، وعرض ما يتعلق باجتماعات هيئة الأطباء، بالإضافة إلى الإجراءات التصحيحية.

وفي **الفصل السادس** تم عرض مفهوم وأغراض وأنواع اللجان العاملة بالمستشفى وتشكيلها وتحسين آدائها وفعالياتها، بالإضافة إلى الاجتماعات العامة المتعلقة بهيئة الأطباء.

وفي **الفصل السابع** تم بحث ماهية السلوك التنظيمي والتنظيم الفعال والتعرض على الشخصية الإدارية والدوافع وتعريف الدافعية والنظريات المختلفة لها، وكذلك توضيح الدافعية في مجال الرعاية الصحية ومفهوم القيادة الرسمية وغير الرسمية ونظريات القيادة والسمات والسلوكية والنظريات الموقفية للقيادة ونظريات المسار بالإضافة إلى المهن الطبية الإكلينيكية والصراع التنظيمي.

وفي **الفصل الثامن** تم استعراض مفهوم اللامركزية والأشكال المختلفة للامركزية، والتفويض ونقل الصلاحيات وتطبيق اللامركزية، والتطرق إلى مزايا وعيوب اللامركزية، وعرض مفهوم المركز الإداري الصحي وجهود لامركزية الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية.

وفي **الفصل التاسع** والأخير تم عرض مفهوم التغيير التنظيمي وأسبابه ومجالاته وأهدافه، وكذلك خصائص ومقاومة ومراحل عملية وإستراتيجية التغيير التنظيمي، وكذلك العوامل المساعدة على نجاح عملية التغيير بالإضافة إلى ملامح التغيير في المستشفيات وفي الرعاية الصحية الأولية.

وأخيراً أسأل الله العلي القدير أن يكون هذا الكتاب عوناً لدارسي الإدارة الصحية، ومسؤولي التنظيم الصحي، والباحثين المعنيين بهذا المجال.

المؤلف

الفصل الأول
المفاهيم الأساسية للتنظيم والإدارة

تمهيد:

تعد المنظمات - بغض النظر عن طبيعتها وأنواعها - من السمات الأساسية لحياتنا المعاصرة، فنحن نعيش في «عالم من المنظمات»، حيث نولد فيها، ونعيش فيها وبها، وتحيط المنظمات بنا في كل وقت وفي كل مكان، وتؤثر في حياتنا، ونؤثر فيها. كما أنه من الثابت استحالة الخروج من فكاكها أو التخلص منها، فهي كما يقولون «المنظمات هي كقضاء الموت أو الضرائب»[1].

ونحن نستخدم سيارات وآلات وأجهزة ومعدات ومستلزمات كلها صنعت في منظمات، ونأكل ونشرب منتجات أعدتها منظمات، ونتعلم ونحصل على مؤهلات علمية من منظمات، وتحافظ على صحتنا ونعالج أمراضنا من خلال منظمات ... وغير ذلك من كافة نواحي الحياة والأمثلة كثيرة ومتعددة. كما أن التحولات والتغيرات الاجتماعية العظيمة التي حدثت في تاريخ البشرية تمت بطريقة تنظيمية، مثل قيام الإمبراطوريات الكبيرة، والحروب العالمية، والتلوث البيئي العالمي، والثورة الصناعية في القرون الوسطى، وظاهرة العولمة التي نعاصرها اليوم، وغيرها من التحولات العالمية الكبيرة التي كنا - ومازلنا - نؤثر ونتأثر بها، ونتعامل معها على أساس أن المنظمات في الحقيقة هي واقع مدرك في حياتنا. فالمنظمات مثلاً هي التي تقوم بإشعال نيران الحروب (كالمنظمات العسكرية)، وتلوث البيئة (من المصانع والمفاعلات النووية)، وتقينا وتعالجنا من الأوبئة والأمراض (كالمستشفيات والمراكز الصحية).

والمنظمات ظاهرة قديمة في النشاط الإنساني، حيث ظهرت للوجود عندما أدرك الإنسان ضرورة العمل والتعاون مع جماعة من أجل أداء الوظائف التي كان يقوم بها حتى دون أن يدركها أحياناً، مثل وظائف حفظ النوع، والعمل والحياة الاقتصادية، وتربية وتعليم الأولاد، وقيادة وتسيير أمور الأسر والجماعات. والسبب في ذلك أن الإنسان عرف بالتجارب والخبرات، فبعض ما يريده لا يستطيع تحقيقه بمفرده وجهده الفردي، وما لا يستطيع أدراكه بمفرده يمكن أن يتحقق بواسطة الجماعة كلها من خلال تضافر جهود أفرادها. فعندما تعقدت وتشابكت العلاقات والأهداف للجماعة مع زيادة عدد الجماعات التي تعيش في مجتمع محدد نتيجة للتكاثر السكاني، وظهور أنماط من

النشاط الإنساني لم تكن معروفة من قبل كالزراعة والحرف اليدوية وغيرها، أصبح من الضروري أن تؤدى هذه الوظائف من خلال منظمات جماعية بدلاً من الجهد الفردي غير القادر على مواجهة التحديات والأنشطة المتجددة للحياة الإنسانية.

وتعتبر الإدارة الركن الأساسي لأي نشاط منظم أياً كان مجاله اقتصادياً أو عسكرياً أو سياسياً أو ثقافياً، وسواء كان هذا النشاط إنتاجياً أم خدمياً، وهي أهم العوامل المحددة للنمو والتقدم سواء على مستوى الفرد أو المنظمة أو المجتمع. وتعد الإدارة بذلك بمثابة العملية الضرورية المكملة للنشاط الإنساني في كافة المنظمات القائمة في نظام حياتنا اليومية. وترجع الحاجة الماسة للإدارة إلى الندرة في الموارد اللازمة لإشباع الحاجات الإنسانية، وإلى حقيقة أن النجاح والتقدم في تحقيق مستوى معيشة أفضل للفرد يتوقف إلى حد بعيد على إدراك كيفية تطوير المهارات الإدارية والوسائل الكفيلة بتطبيق الإدارة كنظام للحياة. وإذا كان الإنسان الفرد هو محور النشاط البشري كله، والمستفيد منه في النهاية مهما تعددت وتداخلت أنظمته الاجتماعية، لذا كان من الضروري دراسة المفاهيم الإدارية لدوره وأهميته وعلاقاته من أجل تحقيق الأهداف التي يرجوها. إذ على أساس ما تسفر عنه دراسة الإنسان يكون تنظيم وإدارة مجتمعاته العاملة من أجل مزيد من الكفاية ومزيد من الرفاهية. وما يفرق في الحقيقة بين الدول المتقدمة والدول النامية ليس الأموال ولا الموارد الطبيعية أو الموارد البشرية بل هو في الواقع العامل الإداري بالدرجة الأساسية.

تعريف المنظمة Organization:

المنظمة (بمعنى المنشأة أو المؤسسة أو المرفق أو الشركة أو الهيئة أو المستشفى ... إلخ) هي «وحدة اجتماعية منسقة بوعي، مكونة من فردين أو أكثر، وتعمل بصورة مستمرة نسبياً لتحقيق هدف مشترك أو مجموعة من الأهداف»[٢]. وعلى أساس هذا التعريف ينظر إلى كافة المنشآت الصناعية والخدمية على أنها منظمات، وبالتالي تعتبر المدرسة والمستشفى والمصنع والوحدة العسكرية ونحو ذلك منظمات. والأفراد الذين يشرفون على أعمال الآخرين بهذه المنظمات والمسئولون عن تحقيق الأهداف يطلق عليهم «المديرون». والممارسات والتصرفات والقرارات الإدارية التي يمارسها ويقوم بها المديرون داخل المنظمة تسمى «بالمحيط التنظيمي» أي الإطار الذي تمارس فيه عمليات الإدارة وتستخدم فيه الأدوات والأساليب الإدارية المختلفة والتي تمثل عمل المديرين.

والتعريف المفضل استخدامه للمنظمة أنها «مجموعة من الأفراد يعملون معاً لتحقيق الأهداف العامة للمنظمة، بالإضافة إلى وجود مدير لهؤلاء الأفراد، وتواجدهم في إطار مكاني محدد، ويتوافر لهم قدر من الموارد والإمكانات المادية والمالية والمعلوماتية لتحقيق الأهداف المحددة لهم»[٣]. ويمكننا من هذا التعريف والتعريفات الأخرى لمفهوم المنظمة كما يحدد «هال (٢٠٠١م)»[٤] تصور بعض الجوانب المميزة لطبيعة المنظمة من حيث إنها تجمع له حدود واضحة نسبياً، ونظام للقيم، ومستويات للسلطة، وأنظمة اتصالات، وأنظمة تنسيق عضوية. كما يوجد هذا التجمع على أساس مستمر نسبياً في البيئة، ويشترك في نشاطات ذات علاقة بمجموعة من الأهداف، وهذه النشاطات لها تأثيرات على منسوبي المنظمة، وعلى المنظمة نفسها، وعلى المجتمع.

تصنيف أو طبيعة المنظمات Classification/Nature of Organizations:

تصنيف المنظمات هو نوع من النماذج أو التبويب أو التنميط – إن جاز التعبير – يعتمد على طبيعة المنظمة والخصائص التي يتم على أساسها التصنيف. وأكثر أنواع التصنيف شيوعاً هو ما يسمى بالتصنيف التقليدي أو البديهي مثل تصنيف المنظمات إلى منظمات ربحية ومنظمات غير ربحية، أو تصنيفها تبعاً لقطاعاتها الاجتماعية مثل المنظمات التعليمية، والزراعية، والصحية، وهكذا. وتصنيف المنظمات موضوع شائك ومعقد ومتداخل نتيجة لتعقد طبيعة المنظمات نفسها في الوقت الحالي، وبالتالي قد تندرج منظمة بذاتها تحت أكثر من تصنيف. فالمستشفى الحكومي مثلاً قد يدار بتفكير اقتصادي يحقق عنصري الجودة والكفاءة مما قد يجعله يحقق «فائضاً» مالياً في سنة ما رغم أن طبيعة المستشفى لا تهدف للربح. وشركة كبيرة مثل «آي بي إم» هي شركة إنتاجية من الدرجة الأولى، ولكنها في الوقت نفسه لها أهمية كبيرة في القوة والثقل السياسي والخدمة الاجتماعية، نتيجة لكونها قد اختارت أن تكون جزءاً مهماً من مجتمع البحوث العلمية بمساعداتها الكبيرة والقيمة للكليات والجامعات، ودورها الاجتماعي الذي لا يمكن إغفاله بما تمنحه من مساعدات وهبات للجمعيات التطوعية، وهكذا.

وللتسهيل يمكن تصنيف المنظمات على عدة أسس ومعايير وخصائص مثل طبيعة النشاط، والهدف منه، وحجمه، والمستفيد منه، والخصائص التنظيمية للمنظمة، وملكية المنظمة [٥]،[٦]، على النحو التالي:

بالنسبة لهدف تحقيق الربح Profit:

- منظمات تهدف للربح Profit-For: وهي ما تسمى عادة بمنظمات الأعمال أو المنظمات الأهلية (الخاصة). ويعتبر الربح مقياساً لنجاح منظمات الأعمال ونجاح الإدارة، كما أنه العنصر المهم في تطور نشاط المنظمة ونموها.
- منظمات لا تهدف للربح Non-Profit: مثل الجامعات والمدارس العامة والمستشفيات الحكومية. وهذه المنظمات لا تهدف للربح أساساً، بل يكون هدفها هو تقديم خدمة أو منتج يحظى برضاء وقبول المجتمع.

بالنسبة لطبيعة الملكية Ownership:

- منظمات عامة Public: مثل منظمات القطاع العام وهي المنظمات التي تمتلكها وتديرها الحكومات سواء كانت تهدف للربح (مثل قطاع الأدوية والصناعة)، أو لا تهدف للربح (مثل المستشفيات والمؤسسات التعليمية والاجتماعية). وتقوم المنظمات العامة على أهداف متعددة أو أهداف غير محددة بدقة، ولا يحتل هدف احتواء التكلفة من بين هذه الأهداف أهمية كبيرة، وتتحكم فيها عادة إدارة عليا أو سياسية أكثر مما يتحكم فيها نظام السوق والسعر. ولذلك تعمل المنظمات العامة في حدود ميزانية قائمة على تقديرات مسبقة وإدراك المسئولين في المستوى الأعلى. وتعتبر هذه المنظمات نسبياً منعزلة عن الجزاءات الفورية أو المكاسب التي يتميز بها نظام السعر والسوق، وبصفة عامة تفتقد تقييمات واختبارات الكفاءة في إدارة عملياتها؛ إذ الروتين والنظم والإجراءات القانونية عناصر تحد من كفاءة ومرونة عملية اتخاذ القرارات وإجراء التغييرات اللازمة في المنظمات العامة. ولكنها تتميز بتزايد قوة وضخامة وحجم والإمكانيات.
- منظمات أهلية (خاصة) Private: وهي المنظمات التي يمتلكها ويديرها الأفراد، وغالباً ما تكون هادفة للربح. وتعتمد في نشاطها في الأساس على ديناميكية السوق، وعنصر الكفاءة عنصر مهم في إدارة عملياتها. والمرونة التي تميز المنظمات الخاصة قد تزيد في أهميتها عن كل مزايا المنظمات الحكومية، وتجعلها أكثر قدرة على الربحية والمنافسة والتميز.

بالنسبة إلى طبيعة النشاط Nature of Function:

- منظمات خدمية Service: وهي المنظمات التي تقدم عادة خدمات غير ملموسة مثل المستشفيات والجامعات والمدارس ومكاتب المحاماة والاستشاريين وغيرها.

ويوجه نشاطها لتحقيق أهداف سياسية، وتسعى إلى ضمان وصول المجتمع إلى أهدافه القيمة كهدف التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

- منظمات إنتاجية Production/Industerial: وهي منظمات الإنتاج التي تنتج أشياء (سلعاً) مادية وملموسة يمكن بيعها وتستهلك بواسطة المجتمع، ومثال هذه المنظمات المصانع والورش الإنتاجية بكافة أنواعها.

بالنسبة لحجم المنظمة Size:

- يتحدد حجم المنظمة من حيث الصغر أو الكبر تبعاً لاعتبارات عديدة أهمها: حجم العاملين، ومقدار رأس المال، وحجم وتنوع النشاط، ومقدار وحداثة التكنولوجيا المستخدمة، وحجم وجودة الإنتاج، وحجم المبيعات والأرباح، ونطاق النشاط سواء كان محلياً أو إقليمياً أو دولياً. ويمكن تقسيم المنظمات من حيث الحجم إلى:
  - منظمات كبيرة الحجم (المنظمات العملاقة).
  - منظمات متوسطة الحجم (المنظمات العادية).
  - منظمات صغيرة الحجم (المنظمات المحدودة).
- ويجب ملاحظة أن حجم المنظمة الصغير ليس بالضرورة قرين الأهمية الأقل، فشركة محدودة للبرمجيات قد يكون لها في السوق أهمية قصوى لما تمد به الشركات الكبيرة من مستلزمات أساسية لتوجيه وتطوير نشاطها. كما أن الشركات الكبيرة عادة ما تنشأ وتبدأ من شركات صغيرة تنمو وتتطور حتى تصبح شركة كبرى أو حتى عالمية.

بالنسبة للمستفيد من المنظمة:

- رغم أنه من الصعب في الكثير من الأحيان تحديد مجموعة اجتماعية واضحة ومستقرة ومتماسكة تخدمها منظمة واحدة، إلا أنه يمكن تقسيم المنظمات بالنسبة لمن هو المستفيد من نشاطها إلى:
- منظمات الفائدة المتبادلة: وهي المنظمات التي يكون أعضاؤها أنفسهم المستفيدين الرئيسين كالأندية والجمعيات المهنية.
- المنظمات التجارية: هي المنظمات التي يكون فيها ملاك المنظمة هم المستفيدون.
- منظمات الخدمات: ويكون المستفيدون منها العملاء أو مستهلكي الخدمة.
- المنظمات العامة: هي التي يستفيد من نشاطها المجتمع بشكل عام.

بالنسبة لتصميم المنظمات Design:

- وهذا التصنيف يعتمد على المدخل المتعدد الجوانب للطرق التي تصمم بها المنظمات نفسـها لمواجهة كل الاحتمالات. ويمكن تقسـيم المنظمات تبعاً لهذا المدخل إلى ما يلي:

- **منظمة البنـاء البسـيط**: مثل إدارة حكومية جديدة، أو معرض سـيارات يملكه شـخص متحمس، أو كلية صغيرة يرأسـها مدير طموح. والصفـة المميزة لهذه المنظمات هي الصغر، والوجود في بيئة غير مستقرة، وتقنياتها غير معقدة.
- **المنظمات ذات الآلية البيروقراطية**: مثل منظمات البريد، أو شركة تصنيع للصلب، أو شـركات الطيران، أو السجون. وتشترك تلك المنظمات في خصائص محددة: كالعمـل المقنن، والحجـم الكبير، والعمل في بيئة مسـتقرة، ويتحكم في قراراتها أناس من خارج محيطها التنظيمي.
- **منظمات بيروقراطية المتخصصين**: مثل الجامعات، ومكاتب المحاماة، والمستشفيات والمراكز الصحية. فالعمل في هذه المنظمات مقنن بواسـطة متخصصين، والبيئة إلى حد ما مسـتقرة، ولا تتضمن نسـبياً تحكماً كبيراً من خارج المنظمة والعامل الرئيسـي فيها هو مهارات ومعارف وسلوكيات ذوي النشاط فيها والذين يتميزون بالمهارات العالية.
- **منظمات الشـكل التقسـيمي**: ويمثلها الشـركات العملاقـة، والجامعات متعددة المواقع. فكل قسـم في هذه المنظمات له بناؤه الخاص به، والذي يمكن أن يأخذ شكلاً من الأشكال الأخرى التي ذكرناها سابقاً في هذا التقسيم.
- **منظمـات التصميـم الخـاص**: وهي المنظمات ذات البناء المصمم خصيصاً لغرض معين. ويمثل هذا الشـكل المعقد من المنظمات وكالات الفضاء، والمنظمات الفنية الجديـدة، ومختبرات البحوث والتنمية في العلـوم المتقدمة. ففي هذه المنظمات نجـد أن بيئاتها متغيـرة أو غير معروفة، وبناؤها قابـل للتغيير إذا دعت الحاجة لذلك.

ماهية الإدارة Concept of Management:

الإدارة تعبير حديث نسبياً عن أشياء كان يمارسها الإنسان منذ القدم منذ أن أدرك أهميـة العمل في جماعة لتحقيق أهدافه، فقد خلق الله الإنسـان وميزه بنعمة العقل والتفكير ليسـتخدمهما في إدراك ما هو نافـع لحياته، وتجنب كل ما يضره. وهناك

شواهد تدل على أن الإدارة قد عرفت في الحضارات القديمة. وأبلغ ما يمكن الرجوع إليه ما أنزله الله في القرآن الكريم من آيات تدل على الكثير من المفاهيم والمبادئ الإدارية، ولذلك طبقت الدولة الإسلامية في عصر ازدهارها الكثير من المفاهيم الإدارية كتقسيم العمل والتخصص في أدائه، والشورى ومبادئ القيادة الحكيمة، واتباع الأوامر، وتفويض السلطة، واللامركزية الإدارية، واقتصاديات العمل والربح، وغيرها.

ومن هذا المنطلق وبمعرفة أن الإنسان كان دائماً ينتمي لمنظمات فإنه يحتاج إلى الإدارة لتحقيق أهداف هذه المنظمات. والإدارة بذلك هي النشاط المنظم للوسائل التي يستعين بها الإنسان بالإضافة إلى جهده أو الآلة أو كليهما معاً لتحقيق أهدافه وأهداف المنظمة التي ينتمي إليها. أو بمعنى آخر هي الطريقة التي تنظم الجهود من أجل تحقيق الأهداف المعلنة للمنظمة. والإدارة في سبيلها لتحقيق الأهداف لا تعمل في فراغ، بل تعمل في ظل الظروف الداخلية للمنظمة والظروف الخارجية في البيئة المحيطة بالمنظمة أو مجتمع المنظمة، وتؤثر وتتأثر بهذه البيئة، ولذلك تتوقف عملية تحقيق الأهداف على عاملين مهمين أساسيين هما: كفاءة الإدارة، وقدرتها على التكيف والتطور مع الظروف الداخلية والخارجية لبيئة المنظمة.

وتخلق المصطلحات العلمية للإدارة مشكلة تظهر عند محاولة وضع تعريف محدد لها الكثير من الجدال والخلط نظراً لعدم الاتفاق على تحديد المعنى العلمي الدقيق الذي يوضح بجلاء مفهوم الإدارة. ويبدأ هذا الخلط بالجانب اللغوي عندما نستخدم مصطلح مثل «Management» بالترادف مع مصطلح «Administration»؛ إذ التمييز بينهما ليس واضحاً تماماً، فقد يستخدم البعض مثلاً مصطلح «Manager» للدلالة عن مصطلح «المدير»، في حين يستخدم البعض الآخر مصطلح «Administrator» أو مصطلح «Executive» للدلالة عن نفس المهنة أو الوظيفة. فإذا كان من الممكن تحليل كلمة «Administration» لغوياً بالرجوع إلى أصلها اللاتيني الذي يتكون من مقطعين هما: Ad, Ministrare، ومعناها أداء خدمة للآخرين، فإنه يمكن تعريف مصطلح «Administration» بأنه «الإرشاد والقيادة والرقابة لجهود أفراد جماعة ما نحو تحقيق بعض الأهداف العامة»[٣]، ولذا قد يكون استخدام هذا المصطلح أكثر مناسبة وذلك فيما يتعلق بمجال إدارة المؤسسات الحكومية. أما في مجال منظمات الأعمال فإن مصطلح «Management» قد يستخدم للإشارة إلى أشخاص الجهاز الإداري، أو إلى ذات العملية الإدارية، أو يشير إليهما معاً. وعموماً يحظى مصطلح

«Management» بالشمولية لاحتوائه على مصطلح «Administration» في الدلالة على الوصف العلمي للإدارة بصفة عامة وخاصة في مجالي الصناعة والتجارة، حيث يدل هذا المصطلح على البعد الاجتماعي بالنسبة للإدارة أو أهمية الجانب الإنساني في الإدارة [٨].

تعريف الإدارة Definition of Management:

دائماً ما نقرأ مصطلحات مثل «ماهية الإدارة»، و«مفهوم الإدارة»، و«تعريف الإدارة»، ويلزم في البداية التفريق بين هذه المصطلحات. فمصطلح «ماهية الإدارة» يعني ببساطة السؤال عن ما هي الإدارة، ومصطلح «مفهوم الإدارة» يعني مجموع الصفات والخصائص الموضحة لمعنى كلي للإدارة، أما مصطلح «تعريف الإدارة» فهو يعني تحديد الإدارة بذكر خصائصها المميزة [٩]. ولقد بذلت محاولات عديدة لكشف طبيعة الإدارة عن طريق وضع تعريف مضبوط ومحدد لها، وأسفرت تلك المحاولات عن مجموعة من التعريفات والتفسيرات التي قد تتقارب أو تتباعد تبعاً لوجهة نظر وفكر واضعيها من حيث العنصر الذي يركز عليه في التعريف. فيمكن تبسيط تعريف الإدارة بأنها «أداء الأعمال من خلال جهود أفراد آخرين» [١٠]. أو بأنها «وظيفة أداء الأعمال من خلال أفراد وتوجيه جهودهم نحو تحقيق هدف مشترك» [١١]. كما يمكن تعريفها بأنها «العملية الأساسية والمتشابكة لنشاط الأعمال والتي تحيط بأنشطة حياتنا اليومية» [١٢]. وهناك أيضاً تعريف للإدارة على أنها «تحقيق الأهداف المرجوة من خلال إقامة بيئة محفزة لعمل الأفراد العاملين في جماعة منظمة» [١٣]. والتعريف المناسب الذي سيتم الأخذ به للإدارة في مجالنا الحالي هو أنها: «عملية إدارة وتنسيق الموارد بكفاءة وفاعلية، وتوجيه الجهود لتحقيق وإنجاز أهداف المنظمة» [١٤].

مما سبق يتضح أنه قد تم تعريف الإدارة بطرق عديدة، ومن خلال كثير من وجهات النظر المتنوعة من حيث التركيز على المفهوم التقليدي للإدارة، أو تعظيم الجانب الإنساني في الإدارة، أو التركيز على الفاعلية والكفاءة ... وغيرها. ومما سبق يمكن استنتاج أن معظم التعريفات تتضمن العناصر التالية:

- الإدارة وسيلة أو نشاط أو عملية أو جهد منظم.
- الإدارة تعبير عن نشاط وعمل جماعي يؤدى على أساس تجميع جهود الأفراد والجماعات.
- الإدارة تهدف إلى تحقيق الأهداف التي تضعها الجهة صاحبة السلطة.

- الإدارة معبرة بوعي عن سلوك عقلاني (ولو بشكل نسبي).
- الإدارة لا يتحصر دورها في التنفيذ وتحقيق الأهداف فقط، وإنما يتعدى دورها ذلك إلى تنفيذها وتحقيقها بكفاءة وفاعلية.

وظائف الإدارة Functions of management:

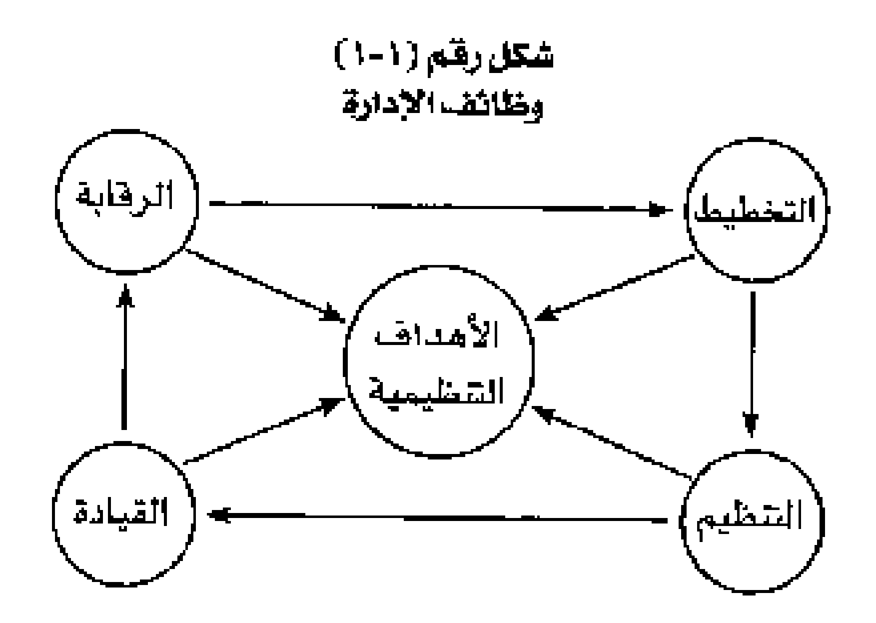
يمكن النظر إلى الإدارة «كعملية» على أنها تتكون من سلسلة من الوظائف المتتالية والمترابطة، والتي يمكن تقسيمها إلى وظائف متعددة تبعاً للتقسيمات التي جاء بها العديد من المفكرين الإداريين لهذه العملية. ولكن تقسيم «تيري» [15] للعملية الإدارية هو التقسيم المبسط والمقبول والذي قام فيه بتحديد أربع وظائف أساسية للعملية الإدارية كما هو مبين بالشكل رقم (١-١) وهي:

١- التخطيط Planning:

تعد وظيفة التخطيط الوظيفة الأولى في العملية الإدارية، وهي من المهام الأساسية لأي مدير في كافة المستويات التنظيمية لأي منظمة، ويشمل التخطيط تحديد السياسات والبرامج والأهداف والغايات التي تسعى المنظمة لتحقيقها، وتحديد الأفعال والممارسات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف. وتتعلق وظيفة التخطيط بالتوقع أو التنبؤ المستقبلي لما يمكن حدوثه للمنظمة، وبالتالي يتضمن التخطيط دراسة كافة التغيرات الممكنة والمحتملة في بيئة المؤسسة والاستعداد للتعامل مع هذه المتغيرات، والخطة التي تنتهي إليها عملية التخطيط هي عبارة عن تحدي للأعمال والأنشطة التي من خلالها يتم تحديد الأهداف المنشودة من خلال وضع برامج عمل تفصيلية مرتبطة بزمن محدد للتنفيذ.

وتقوم الإدارة العليا بتحديد الأهداف العامة ووضع الإستراتيجيات، في حين تقوم الإدارة الوسطى والتنفيذية بوضع الخطط التشغيلية للعمل. ويجب على جميع المديرين وضع الأهداف التي تنسجم مع إستراتيجية المنظمة وتنسيق الموارد التي تستجيب لمتطلبات تحقيق أهداف المنظمة.

شكل رقم (١-١)
وظائف الإدارة



٢ - التنظيم Organization:

تتضمن الوظيفة التنظيمية تحديد المهام الواجب القيام بها، وكيفية إدارة هذه المهام، وكيف يتم التنسيق بينها، وتقسيم العمل وتوزيع المهام والمسئوليات على أساس الموارد البشرية المتاحة بالمنظمة. ويجب على المديرين تنظيم جماعات العمل، وتنظيم المعلومات وتداولها والموارد والمهام. وتتغير عملية التنظيم من منظمة لأخرى تبعاً لاختلاف حجم وأهداف والهيكل التنظيمي للمنظمة. ويعتبر موضوع الثقافة التنظيمية وإدارة الموارد البشرية من أساسيات وظيفة التنظيم، والمهم أن يتم هيكلة المنظمة تنظيمياً لكي تستجيب لأهدافها، وأيضاً لكي تستجيب للتغيرات التي تحدث في بيئة العمل.

٣- القيادة Leadership:

وتتضمن هذه الوظيفة توجيه والإشراف على العاملين (العنصر البشري)، وتحفيز العاملين على أداء العمل بكفاءة وفاعلية. ويجب أن تتوافر لدى المديرين لتحقيق ذلك الإمكانية اللازمة لقيادة أعضاء جماعات العمل نحو تحقيق وإنجاز الأهداف التنظيمية. ولكي يكون المدير قائداً فاعلاً فإن عليه أن يفهم ديناميكية الأفراد وسلوكيات الجماعات، وأن يكون قادراً على دفع المرؤوسين للأداء المتميز، وأن تكون لديه مهارات عالية وفاعلة في الاتصال، مع القدرة على تمكين ودعم الموظفين والعاملين لصنع الرؤية التنظيمية الحقيقية. وتفرض بيئات الأعمال في عالمنا المعاصر على القادة أن يكون لديهم رؤية مستقبلية وكذلك القدرة على التصور والعمل الإبداعي.

٤- الرقابة Controlling:

وهـي الوظيفة الإدارية التي تلـي التخطيط والتنظيم والقيـادة والتي تهدف إلى متابعة وقياس إنجاز الأهداف التي تم تحديدها وفقاً لمعايير محددة موضوعة سـلفاً. والرقابـة تتم من خلال مقارنة الإنجـاز الفعلي للفرد والمنظمة مع الإنجاز المخطط له أو المرغوب فيه، مـع العمل والتدخل لتصحيح أي انحرافات أو الأخطاء الموجودة أولاً بـأول. ولذا يجـب أن يراقب المديرون أداء منظماتهم للتعـرف على مدى التقدم في تنفيذ الإسـتراتيجيات والأهداف التنفيذية للتأكد من أن المنظمة تسـير في الطريق الصحيح، واتخاذ الإجراءات والممارسات المصححة للأداء.

أهم المبادئ الأساسية للإدارة KeyPrinciples of management:

١- مبدأ التداخل والتنسيق بين وظائف الإدارة:

تتميـز وظائف الإدارة بأنهـا وظائف متداخلة ومترابطة فيمـا بينها رغم الترتيب المنطقـي لتتابعهـا. فالمدير ليس ملزماً بممارسـة كل وظيفة بعد انتهـاء الأخرى، بل يمارسـها بالفعل حسـب مقتضيات الأمور والمواقف التي يحتاج فيها إلى ممارسة أي منها. ولذلك يصبح التنسيق بينها عملية لا غنى عنها، وبالتالي تصبح عملية التنسيق بـين وظائف الإدارة محوراً أساسـياً للعملية الإدارية وشـرطاً لا يمكن إغفال أهميته لنجاح التنظيم في تحقيق أهدافه. والتنسـيق يعني العمل المشترك الذي يسهل عمل الأفراد والجماعات، ويمنع الازدواجية في تنفيذ المهام والواجبات وإصدار القرارات.

٢- مبدأ شمولية الإدارة:

وتعنـي أن جميع المديرين يمارسـون وظائف الإدارة كلها بغـض النظر عن المركز الوظيفي أو المستوى الإداري الذي يشغلونه، ولكن مع اختلاف الأهمية النسبية لممارسة كل وظيفة من هذه الوظائف الإدارية باختلاف وضع المدير ومكانته في الهيكل التنظيمي للمنظمة. فالمديرون في مسـتوى الإدارة العليا (المديرون العموميون) يمارسون وظيفة التخطيط بدرجة أكبر من ممارسـة بقيـة الوظائف الأخرى، في حين أن المديرين في مسـتوى الإدارة التنفيذية (رؤساء الأقسام) يصرفون معظم وقتهم في مباشرة وظيفة الرقابة وبدرجة أقل للتنظيم والتخطيط.

ويرتبط بهذا المبدأ بالضرورة اختلاف طبيعة وأهمية المهارات المطلوبة للمديرين في المستويات الإدارية المختلفة تبعاً لاختلاف المسئوليات الوظيفية لكل مستوى. فالمهارات

الفنية (مثل تدريب وتعليم المرؤوسين وإدارة أدائهم) تكون أكثر أهمية لمستوى الإدارة التنفيذية، والمهارات الإنسانية (مثل التنسيق بين الجهود وإدارة أداء جماعات العمل والاتصال الفعال) تكون لها أهمية أكبر لدى المديرين في مستوى الإدارة الوسطى، في حين تحتل المهارات الذهنية (التوجه الإستراتيجي وتحليل المواقف المعقدة والاستجابة للتحديات البيئية للمنظمة) الأهمية القصوى لدى المديرين في مستوى الإدارة العليا.

وخلاصة القول في مبدأ شمولية الإدارة هي أن كل المديرين في جميع المستويات الإدارية يقومون بأداء الوظائف الإدارية العامة من تخطيط وتنظيم وقيادة ورقابة بدرجات متفاوتة تبعاً للمستوى الإداري الذي يشغلونه، ولذلك تختلف أهمية المهارات الإدارية للمديرين الخاصة بأداء هذه الوظائف في مستوى إداري معين عن المستويات الإدارية الأخرى.

٣- مبدأ عمومية الإدارة:

ومضمون مبدأ عمومية الإدارة - الذي يلقى قبولاً على مستوى واسع - يعني أن أي مدير ناجح يمكنه إدارة أي نشاط في المنظمة مهما كانت طبيعة هذا النشاط، أي أن العمل الجوهري للإدارة ومبادئها الأساسية موجودة دائماً بغض النظر عن النشاط الذي يتم إدارته. حيث يحدد ماكفرلاند [١٦] أن «الإدارة عملية عمومية في كل مظاهر الحياة المنظمة، وأنها عملية أساسية في كل المنظمات المعقدة والهادفة». ويركز دافيز[١٧] على أن «الإدارة هي وظيفة الإدارة التنفيذية في أي مكان». وطبقاً لهذا المبدأ فإن المدير الناجح في إدارة نوع من المنظمات أو الأعمال يمكن أن ينجح في إدارة نوع آخر من المنظمات.

وقد لاقت هذه الفكرة معارضة شديدة من بعض المفكرين الإداريين نظراً لاعتقادهم بوجود اختلافات جوهرية بين إدارة وحدة اقتصادية (مصنع مثلاً) وأخرى غير اقتصادية (كمستشفى مثلاً)، وعلى أساس «أنه من المستحيل أن تتجمع في شخص واحد كل الخلفيات الفلسفية النابعة من مختلف الأديان والعلوم الأكاديمية وأفكار إدارة الأعمال في مختلف الظروف السياسية التي تؤثر على النشاط الإداري»[١٨]. إلا أن هذا المبدأ استمر في البقاء رغم الانتقادات على أساس أن المبادئ الإدارية عامة مهما اختلفت المنظمات، في حين أن الذي يتغير هو الوسط أو البيئة التي تمارس فيها هذه المبادئ، ولذلك فإن النواحي المادية للمنظمة، والمنتجات، ونوع العميل، ونوع العمالة، وحتى الفلسفة والأهداف التي تحكم المنظمة تختلف بشدة في أي نوعين مختلفين من المنظمات مثل

المستشفى والبنك وشركة الأغذية على سبيل المثال، رغم أن المبادئ الإدارية واحدة. ولذا يعتبر مبدأ «عمومية الإدارة» سليماً إلا أنه لا يكفي لنجاح الإدارة.

ومبدأ عمومية الإدارة يؤكد قضية أن الإدارة «حرفة» مثل بقية الحرف، وهي كذلك تعد «علماً وفناً» في آن واحد [١٩]. فمن المعروف أن العلم والفن متصلان اتصالاً وثيقاً، ولا يمكن اعتبارهما ميدانين مستقلين عن بعضهما تمام الاستقلال. فليس من المتصور أن يقوم علم بدون فن، أو يرقى فن بدون علم، ولكنهما في الواقع متكاملان ويرقى كل منهما برقي الآخر. والإدارة لا يمكن اعتبارها علماً قائماً بذاته بغض النظر عن مبادئها الأساسية لأنها تتعامل مع العنصر البشري الذي يتسم بالتغيير والتطور باستمرار، والذي يصعب التحكم في تطوره وتغيره ... كما أنه لا يمكن اعتبار الإدارة «فناً» خالصاً حيث لا يمكننا الاستغناء عن تطبيق المبادئ الأساسية والأساليب الكمية في اتخاذ القرارات وحل المشاكل الإدارية. ومهما بذلت من محاولات لتأصيل نظرية إدارية فإن أي مدير لن يستغني عن فن تطبيق هذه النظرية. أي كما يقول صامويل «أن العلم يعلم الفرد أن يعرف، والفن يعلمه أن يعمل» [٢٠].

وما توصل إليه المفكرون الإداريون هو أن الإدارة علم وفن، فهي فن يرتكز على أسس علمية. وهذه الأسس العلمية للإدارة يمكن تعلمها من خلال تعليم منهجي محدد، أما فن الإدارة فيتم اكتسابه بالتعليم، وتراكم الخبرات الشخصية، والتعلم من محاولات الصواب والخطأ، وتأثير السمات الشخصية للمدير. وكمثال على الفن في الإدارة يعتبر «التوقيت» من أهم سمات فن القيادة في نواحي اتخاذ القرارات الإدارية [٢١].

وتعلم المهنة يستلزم منهاجاً دراسياً متخصصاً يكسب من يريد أن يصبح مديراً المعارف والمهارات اللازمة لممارسة هذه المهنة، ولذا يجب على كل مدير ناجح أن يكون مدركاً للمبادئ الأساسية للإدارة، وأن يكون عالماً ومدركاً ومتفهماً أيضاً للبيئة التي يعمل فيها والتي تمارس فيها المبادئ الإدارية، ويتم ذلك من خلال التدريب والتعلم للمديرين والذي قد يمتد لسنوات حتى يصلوا لمرحلة النجاح في عملهم. وتضمن العمل الإداري كلاً من الجانبين العلمي والفني لا يعني تساويهما في الأهمية لكل مدير في جميع المستويات الإدارية، بل تختلف لأهمية كل منهما في طبيعة العمل الإداري للمدير باختلاف المستوى الإداري الذي يمارس فيه المدير عمله. فالمدير يمارس في عمله الجانب الإداري أكثر من الجانب الفني كلما علا موقعه في الهيكل والمستوى الإداري، في حين أن المدير المباشر للعامل على الآلة يمارس الجانب الفني في عمله أكثر من الجانب الإداري (شكل رقم ١-٢).

شكل رقم (١-٢)
عمومية الإدارة

المستوى الإداري	جوانب الإدارة
الإدارة العليا	الجانب الإداري
الإدارة الوسطى	الجانب الفني والإداري
الإدارة التنفيذية	الجانب الفني

المفاهيم الأساسية للتنظيم Principle Concepts of Organization:

التنظيم الإداري هو الوظيفة الثانية في العملية الإدارية، وهو ضرورة ملحة في العملية الإدارية وبدونه لا يستطيع المديرون أداء أعمالهم الإدارية المطلوبة منهم. والتنظيم الجيد هو الذي يعكس أهداف المنظمة ويعمل على تحقيقها مع عدم تجاهله لأهداف أفراد التنظيم. فالتنظيم هو الذي يقدم لنا الوسائل التي يستطيع الأفراد بمقتضاها العمل بطريقة جماعية وبفعالية لتحقيق الأهداف المحددة من قبل الإدارة العليا، ولذلك لا يعد التنظيم هدفاً في حد ذاته، ولكنه وسيلة لتحقيق الأهداف. ويعني ذلك أنه لتحقيق الأهداف فإنه يلزم على المدير أن يحدد أولاً النشاطات والأعمال المطلوب تنفيذها وإدارتها، ثم مَن سيتولى مساعدته، ولأي فرد سيقدم تقارير العمل، ومن سيتقدم له من المرؤوسين بتقارير عمل، والإطار التنظيمي الكلي الذي يعمل فيه، وموقفه في هذا الإطار، وتحديد وسائل الاتصال الموجودة. والمرؤوس يجب أن يعرف طبيعة الوظيفة المطلوبة منه، وحدود هذه الوظيفة، وعلاقته برئيسه، وأفراد المجموعة التي تعمل معه، والإطار الكلي الذي يعمل من خلاله والذي يحدد البناء التنظيمي للمنظمة. والمهام التنظيمية هذه يطلق عليها أحياناً البناء التنظيمي أو التنظيم الإداري لأي منظمة. ولا توجد منظمة إلا ولها تنظيم يساعد على تحقيق أهدافها، والبناء التنظيمي هو الإطار الذي تعمل من خلاله المنظمة، والذي يراعي عند تصميمه وإعداده احتياجات المنظمة وإمكانياتها ومواردها وحجم ونوع الأنشطة التي تقوم بها وطبيعة واحتياجات العاملين بها والبيئة المحيطة بها، وذلك لضمان فاعلية هذا البناء وجودته.

ومن الصعب حصر وتحديد كل المفاهيم السائدة المتعلقة بالتنظيم بالسهولة التي يتصورها البعض، نظراً للطبيعة الخاصة لمكونات العملية التنظيمية نفسها من ناحية، ولكثرة التعريفات التي قدمها منظرو التنظيم من ناحية أخرى. فعملية التنظيم تنطوي على عدة عناصر غير ملموسة: كالسلوك الإنساني، والدافعية، والأهداف، والواجبات، والسلطة، والمسئولية، ودرجة المركزية، والرسمية وغير الرسمية، والتنسيق، وتجميع الأنشطة، والتفويض. كما أن عدداً كبيراً من منظري التنظيم والفكر الإداري قدموا تعريفات مختلفة للتنظيم تبعاً لاختلاف وجهة نظرهم، واهتماماتهم البحثية، وخلفياتهم العملية.

تعريف التنظيم:

التنظيم من الناحية اللغوية ينظر إليه على أنه:

- فعل: بمعنى عمل ترتيبات معينة او هيكل منظم أو شيء ملموس. أي إجراء كل الترتيبات والعلاقات الضرورية المتعلقة بحياة وتنظيم العمل المنظمة.
- اسم: بمعنى منظمة أو كيان أو تنظيم أو اتفاق أو هيئة الإدارة في المنظمة. وكل من هذه الأسماء هي حصيلة «الفعل أو الترتيبات» السابقة [٣٢].

ويمكن النظر إلى مصطلح التنظيم من هذه الناحية على أنه يحتوي مفهومين محددين هما:

- المفهوم الموضوعي: وهو يعني أن التنظيم نشاط (الوظيفة التنظيمية) ويتضمن تحديد الأعمال اللازمة لتحقيق الأهداف وتنظيمها في إدارات وأقسام، وتحديد السلطات والمسئوليات لأداء هذا الأعمال، وتنظيم العلاقة بين الأفراد القائمين بها [٣٣].
- المفهوم الشكلي: ويقصد به المنظمة التي تضم مجموعة من الأفراد نظمت على شكل إدارات وأقسام لتحقيق أهداف محددة.

وقد تناول مفكرو الإدارة تعريف التنظيم من منطلقات مختلفة منها ما يدور حول التنظيم كوظيفة إدارية، ومنها ما يتناول عملية تصميم البناء أو الهيكل التنظيمي للمنظمة، ومنها ما يدور حول الاثنين معاً، فقد عرفه كونتز وأودونيل (١٩٦٤م) بوصفه عملية ووظيفة إدارية على أنه «تجميع أوجه النشاط الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات

والتنسيق بينها» [٢٤]. كما عرفه هودجيتس وكاشيو (١٩٨٣م) بأنه «العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم على نحو يضمن تحقيق أقصى كفاءة ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة سلفاً» [٢٥]. وقد ينظر إلى التنظيم على أنه يمثل «عملية تشمل تقسيم وتجميع العمل الواجب تنفيذه في وظائف مقررة ثم تحديد العلاقات المقررة بين الأفراد الذين يشغلون هذه الوظائف» [٢٦]. كما قد يعرف التنظيم على أنه «تجمع بشري بكل ما فيه من تفاعلات وصراعات»، ومن أنصار هذه النظرة مارش وهيربرت سايمون اللذان يركزان على سلوك الفرد داخل المنظمة ودوافعه وردود أفعاله التنظيمية، وذلك من خلال تأكيد أن الخبرة بالفرد ودوافعه ونظام الحوافز والكفاءة المطلوبة تتحقق من خلال دراسة الفرد والمجموعة وليس من خلال التقسيم الموضوعي للعمل [٢٧]. والتعريف الأقرب لشمول كل ما سبق من تعريفات هو أن التنظيم عبارة عن «تحديد أوجه النشاط اللازمة لتحقيق الأهداف السابق تحديدها في وظيفة التخطيط، ثم تجميع هذه الأنشطة في شكل إدارات وأقسام، وتحديد السلطات والمسئوليات اللازمة للقيام بإنجاز هذه الأنشطة، مع تحديد العلاقات التنظيمية بين مختلف أفراد ومستويات التنظيم [٢٨].

أهمية التنظيم:

ومن منطلق التعريفات السابقة يمكن فهم أن «التنظيم» يمكن مقارنته بالجسم العضوي، فكلاهما يتكون من عناصر محددة، وعلاقات تفاعل وتكامل وترابط بين هذه العناصر. وكما يحدث من خلل أو اعتلال الجسم فكذلك يحدث في التنظيم إذا ما حدث خللٌ ما في أحد أو بعض عناصره، وبالتالي يحدث الخلل في كل جهاز الإدارة. وهذه العناصر التنظيمية يمكن من هذه التعريفات السابقة إجمالها في التالي [٢٩]:

الأفراد وما يمثله كل منهم من دور محدد ومعروف في التنظيم.

العلاقات التبادلية بين هؤلاء الأفراد نظراً لترابط وتكامل عملهم بعضهم مع بعض من خلال الأنشطة والأعمال التي تمارسها المنظمة (كالإنتاج، وشئون الأفراد أو إدارة الموارد البشرية، والتسويق، والشئون المالية والإدارية ... وغيرها).

الموارد المتاحة للمنظمة سواء كانت مادية أو بشرية.

توزيع العاملين على الوظائف وعلاقاتهم التنظيمية وخطوط الاتصال.

تحديد اختصاصات العاملين بالمنظمة وسلطاتهم ومسئولياتهم.

وتعـود أهمية التنظيم مـن إدراك أن التنظيـم الجيد هو الـذي يحقق التجانس والانسياب المطلوبين لتحقيق أهداف المنظمة لما يحققه من المزايا التالية:

- تحقيق التنسيق بين إدارات وأقسام المنظمة، وبذلك يتم تجنب تضارب وازدواج المهام وضياع المسئوليات.
- اسـتغلال الموارد الاسـتغلال المناسـب وتجنب إهدار الموارد الناتج عن الازدواجية والتضارب وعدم الكفاءة وانخفاض الجودة.
- التوزيع الموضوعي السـليم للوظائف بحيث يشـغل كل موظف الوظيفة التي تناسب خبرته ومؤهلـه العلمي وتخصصه دون محاباة أو تأثير شـخصي، مع تحقيق مبدأ التخصـص في العمل نظـراً لأهميته البالغة. بمعنى أن توزيـع العاملين يكون على أساس الوظيفة وليس الشخص.
- إتاحة فرصة الاسـتجابة للمتغيرات التي تحدث فـي محيط الوظيفة والفرد الذي يشـغلها والسوق الذي توجد فيه المنظمة. حيث يتيح التنظيم الجيد فرصة التركيز على الأعمال والأنشطة المهمة للمنظمة، فإذا كانت المنظمة تهتم بالجودة على سبيل المثـال فيلزم هنا تكوين إدارة خاصة بهذا النشـاط، أما إذا كانت غير مهمة فيمكن دمج نشاطها ضمن إدارة أخرى. والتنظيم السيئ قد يؤدي إلى إعطاء أهمية كبيرة لبعض الأنشطة غير المهمة ومما يؤدي إلى إهدار الموارد والإمكانات بلا مبرر.
- تـزداد أهميـة التنظيم في الوقت الحالي نظراً لكبر حجـم بعض المنظمات، وتعدد أنشـطتها ووحداتها الإنتاجية أو الخدمية، وتعقد التكنولوجيا المسـتخدمة، وازدياد دور الهيئات التي تدافع عن حقوق العاملين، وغيرها. ولا يمكن التعامل مع كل هذه المتغيرات إلا من خلال التنظيم الجيد والفعال.
- عدم وجود تنظيم للعمل أو التنظيم غير الجيد قد يؤدي إلى تجاهل بعض الوظائف المطلوبة والتي يحتاج إليها نشاط المنظمة.
- التنظيـم غير الجيد يتيح فرصة الصـراع بين الإدارات، ومبالغة بعضها في نظرتها إلـى الـدور الذي تقوم به في المنظمة، ومن ثم المبالغة في احتياجاتها على حسـاب الإدارات الأخرى دون مبرر سليم.
- تحقيـق الاسـتقرار الوظيفي للعاملـين نتيجة لفهم المنظمة لأهميـة الحفاظ على مواردها البشـرية وعدم التفريـط في الخبرات والمهارات التـي تمتلكها من خلال اختيارها السـليم - منذ البداية - لما تحتاج إليـه كل وظيفة من مؤهلات وخبرات.

وعنصر الاستقرار الوظيفي يساعد على خلق المناخ الوظيفي الملائم الذي يشجع العاملين على التركيز في زيادة إنتاجهم وجودته، والحفاظ على بقاء ونمو المنظمة.

- بدون التنظيم لا يمكن تحديد السلطات والمسئوليات المقترنة بتحديد الوظائف والمستوى الإداري الموجودة فيه تبعاً لأهميتها النسبية ضمن نشاط المنظمة، والتي بدونها لا يمكن للأفراد القيام بواجباتهم ودفع مرءوسيهم للعمل.

تصميم الوظائف Job Design:

بعد تحديد النشاط العام للمنظمة يجري تقسيم هذا النشاط وتجزئته إلى أنشطة ووظائف رئيسية، ثم إلى أنشطة ووظائف فرعية، إلى أن يتم الانتهاء بتحديد الوظائف المطلوبة وتوصيفها لأداء الأنشطة المختلفة التي تحقق أهداف المنظمة. وتوصيف الوظائف Job Description هي العملية الإدارية التي يتم فيها التسجيل المنظم لأبعاد الوظيفة المطلوبة ومكوناتها الأساسية والعوامل المحيطة بها. وبطاقة الوظيفة تعرف الوظيفة وتظهر عوامل التقييم الداخلي في تكوينها، كما تبرز مدى صعوبة واجبات تلك الوظيفة ومسئولياتها، والحد الأدنى من متطلبات التأهيل اللازم لشغلها [٣٠].

وتهدف عملية توصيف الوظائف إلى استخدامها كمتطلب أساسي للاختيار والتعيين على أسس علمية سليمة، وللقيام بوظيفة تقييم الوظائف، ووضع سلم عادل للرواتب، وكمعيار لقياس أداء الموظفين، والمساعدة في وضع وتصميم البرامج التدريبية المناسبة، وكأساس سليم للنقل والترقية، وتحسين ظروف العمل في ظل متطلبات أداء الوظيفة، وتحقيق التنسيق بين مختلف الوحدات الإدارية.

وهناك عدة طرق لإعداد التوصيف الوظيفي هي [٣١]:

الاستبانة Questionnaire: وتسمى أيضاً طريقة الاستقصاء بقائمة معدة من الأسئلة لتيسير الحصول على البيانات في حالة الأعداد الكبيرة وتقليل وقت الحصول على البيانات، وتكلفتها منخفضة نسبياً. وعيوبها تنحصر في سوء فهم الفرد للأسئلة المطروحة فيعطي إجابات غير صحيحة، وحاجة هذه الطريقة إلى وقت طويل لتفريغ البيانات وتصنيفها وتحليلها.

- المقابلة الشخصية Interview: حيث يجري القائم على عملية التوصيف عدداً من المقابلات الشخصية مع شاغلي الوظائف للاستفسار منهم عن طبيعة أدوارهم ومهامهم وطريقة أدائها. وبهذه الطريقة يتم تحاشي سوء فهم الأسئلة التي تطرح، ولكنها تتطلب وقتاً أطول وتكلفة أكبر.

- الملاحظة Observation: وتتم عبر مراقبة أو ملاحظة أدوار العاملين أثناء قيامهم بعملهـــم. ومن عيوبها أنها قد لا توفـــر البيانات أو المعلومات الدقيقة عن العمل، أو قد يساء فهم دوافعها من قبل العاملين.
- تحليـــل المحتوى Content Analysis: ويتم من خلالها تجميع البيانات عن الوظيفة ممـــا يوجد في الكتب والمراجع، ولكـــن البيانات المجمعة تظل في حاجة إلى التعديل بما يتناسب وطبيعة وظروف البيئة التي سيتم فيها العمل.

وتنتهـــي عادة عملية جمع المعلومات عـــن الوظيفة وتحليلها إلى عمل بطاقة وصف الوظيفـــة Job Description والتـــي تشـــتمل على ثلاثة أجزاء أساســـية هي البيانات العامـــة: مثل عنوان الوظيفـــة وموقعها التنظيمي والمكاني ورمـــز الوظيفة، والوصف العام للوظيفة: مثل النشاط العام للوظيفة واختصاصها والقوانين والنظم والتعليمات المتعلقـــة بأدائها ونطاق إشـــرافها وجهـــات اتصالها داخلياً وخارجيـــاً والأخطار التي تحيط بشـــاغلها، والواجبات والمســـئوليات المتعلقة بالوظيفـــة: من ناحية وصف هذه الواجبات والمســـئوليات في ظل ظروف الأداء الحقيقية للوظيفة، وبتعبيرات مختصرة ودقيقـــة وواضحة مع الابتعاد عن المبالغة في هذا الوصف مع ذكر الواجبات الوظيفية حســـب أهميتها أو وفق التتابع الزمني لأدائها، والتمييز بين الواجبات والاختصاصات وتجنـــب التعميم، واختتام قائمة الواجبات بعبـــارة «أي واجبات أخرى يكلف بها» حتى لا يحرم الرؤســـاء من سلطة إسناد واجبات أخرى إلى المرؤوســـين [٣٢]. ثم يأتي بعد ذلك مواصفات إشغال الوظيفة والتي تحدد الحد الأدنى من متطلبات التأهيل اللازمة لشغل الوظيفة.

ورغم الميـــزات التي تم ذكرها لعملية تصميم العمل وتوصيف الوظائف إلا أنها قد تكتنفها بعض الأخطاء الشائعة مثل:

- التفصيل الكثير في وصف واجبات ومســـئوليات الوظيفة، وتعدد الواجبات الصغيرة في بنود متعددة.
- عدم التمييز بين وصف مهام الوحدات التنظيمية وبين وصف الوظائف.
- عدم اتباع الترتيب المنطقي والعملي في عرض الواجبات والمسئوليات.
- الخلط بين الواجبات الرئيسية اليومية وبين الواجبات الطارئة والموسمية.
- استخدام تسميات وظيفية من غير ضوابط أو تحديد واضح.

- إيجاد وظائف عالية التكلفة (كوظائف المستشارين) أو وظائف متكررة ليس لها تحديد حقيقي (كوظائف الحارس والبواب والمراسل والنادل) لمجرد العرف والعادة.
- إيجاد وظيفة خاصة لكل مجموعة واجبات دون مراعاة الحجم الكافي من واجبات ومسئوليات الوظيفة.

مبادئ التنظيم الجيد:

لكي ينال التنظيم - كوظيفة إدارية مهمة جداً للمنظمة - الحرفية والاهتمام اللازمين لتصميم وإعداد بناء تنظيمي جيد يساعد في تحقيق أهداف المنظمة؛ يلزم الاسترشاد ببعض المبادئ التي تنتج تنظيماً جيداً. وقد استقر مفكرو النظرية التقليدية أو الكلاسيكية في الإدارة - والتي تركز على منهج الإدارة العلمية - على خمسة مبادئ مهمة للتنظيم الجيد هي: الأهداف، والتخصص، والتنسيق، والسلطة، والمسئولية [٣٢]، وسوف نتعرض لكل منها باختصار كما يلي:

١- تحديد الأهداف Setting of Goals:

يقوم التنظيم على أساس أهداف موضوعية وواضحة ومحددة بدقة (من خلال عملية التخطيط)، لكي يساعد على تحقيق هذه الأهداف. فالتنظيم أساساً يتم إنشاؤه لتسهيل تحقيق الأهداف بصورة فعالة سواء على مستوى الفرد أو على مستوى المنظمة.

٢- التخصص Specialty/Specialization:

مبدأ التخصص يقتضي إيجاد وحدة تنظيمية (وظيفة) يشغلها شخص واحد، بمعنى أن كل فرد لا يقوم إلا بعمل معين أو وظيفة محددة، ومع الزمن تكبر الوظيفة وتزداد مهامها تعقيداً، ولذلك فهي مع الزمن تتجزأ وتحتاج إلى تجميع الوظائف المترابطة بالتخصص في شكل أقسام وإدارات، ولهذا يطلق بعض كتاب التنظيم على هذا المبدأ «مبدأ تجميع الوظائف المتشابهة» [٣٤]. كما ركز «تايلور» أشهر مفكري مدرسة الإدارة العلمية للإدارة على هذا المبدأ كتقسيم للعمل، وجعل التخصص في العمل وتقسيمه أحد الأسس التي يعتمد عليها في تحقيق الكفاية الإنتاجية. ويتيح مبدأ التخصص ميزة اكتساب الخبرة وكفاءة الفرد في عمله نتيجة لتعوده على نفس العمل واستمراره فيه.

٣- التنسيق Coordination:

يقصد بالتنسيق بمعناه الواسع الانسجام والتعاون والتزامن والتكامل بين أعمال الأفراد المكونين لمجموعات العمل، بمعنى أن التنسيق يعتبر العملية الإدارية التي يتم من خلالها ربط جهود العاملين والتشكيلات الإدارية في المنظمة ربطاً منطقياً محكماً من أجل تكامل النشاطات كافة بهدف تحقيق أهداف المنظمة. وقد أعطى «شستر برنارد» – وهو من أحد كبار مفكري الإدارة التقليدية – التنسيق أهمية كبيرة حيث أورد في كتابه «أن جودة التنسيق هي العامل الحاسم في بقاء المنظمات» [٢٥].

وتأتي أهمية التنسيق من منطلق اختلاف الأفراد في فهمهم وتفسيرهم للقرارات الإدارية والسياسات وأنظمة العمل، وبالتالي قد يلجأ الأفراد من خلال وظائفهم للتركيز على مجالات تهمهم شخصياً دون الاهتمام بمصالح المنظمة [٢٦]. ولذلك تنشأ الحاجة إلى التنسيق بسبب ثلاثة عناصر رئيسة هي [٢٧]:

١- توقع حدوث الصراعات التنظيمية والتداخل والازدواجية في الأعمال في المنظمة، ولتجنب ذلك يلزم الاهتمام بعملية التنسيق.

٢- يؤدي التنسيق دوراً مهماً لمواجهة الطموح الإنساني لبناء التجمعات التنظيمية الفوقية أو الكتل المؤثرة في الأعمال الإدارية.

٣- لابد من ممارسة الدور التنسيقي للحد من الميل الإنساني نحو التركيز على أعمال معينة وترك أعمال أخرى لا يرغب في القيام بها.

ويمكن تحقيق التنسيق بأساليب مختلفة من أهمها [٢٨]:

- القواعد والإجراءات: التحديد المسبق للأعمال التي يجب على المرؤوسين القيام بها (في حالة توقع والتنبؤ بالعمل المطلوب القيام به أي الأنشطة الروتينية المتكررة).
- تحديد الأهداف: يقوم المديرون بتحديد الأهداف للمرؤوسين لضمان تنسيق جهودهم في ضوء هذه الأهداف المحددة سلفاً.
- التنسيق الهرمي: استعمال سلسلة الأوامر لتحقيق التنسيق عندما تنشأ حالة غير محددة بالإجراءات والقواعد والأهداف.
- استخدام المساعدين: في بعض الشركات الكبرى يتم تعيين مساعدين للمدير يقومون بمهمة تنسيق عمل المرؤوسين عن طريق جمع المعلومات عن المشاكل وتقديم المشورة عن البدائل المتاحة لاتخاذ القرارات المناسبة.

- استخدام لجان التنسيق: تتشكل لجان من ممثلين للأقسام المتداخلة تجتمع بشكل دوري لمناقشة المشاكل المشكلات القائمة والتنسيق بين الأقسام.
- استخدام منسق: عند نمو حجم الاتصالات بين قسمين يتم تعيين شخص محدد يتولى مهمة الاتصال والتنسيق بين القسمين من جهة وبينها وبين أي جهة أخرى.

مما سبق يتضح أن التنسيق في بعض الأحيان ليس دائماً عملاً سهلاً بل قد تنشأ عدة عوائق وصعوبات للتنسيق في الغالب نتيجة لما يلي [٣٩]:

زيادة حجم التنظيم وتعقد الهياكل التنظيمية: يؤدي إلى زيادة عدد العلاقات الشخصية بين المرؤوسين من ناحية وبين الرؤساء من ناحية أخرى، مما يؤدي إلى صعوبة التنسيق وتبادل المعلومات بسبب ضعف نظام الاتصالات.

عدم تفهم الإدارة العليا لأهمية التنسيق: وذلك من خلال حجب بعض المعلومات وعدم تعميمها مما يخلق تعارضاً بين الأعمال المطلوب القيام بها أو تكرارها.

عدم التوافق بين الإدارات: وذلك عند وجود خلافات أو صراعات بين الإدارات والأفراد في المنظمة مما يؤدي إلى عدم تضافر الجهود لتحقيق أهداف المنظمة، وتوجيه الجهود للحصول على المكاسب الشخصية والمصالح الذاتية.

التخصص المتزايد وتقسيم العمل: وغالباً ما يحدث في المنظمات الحديثة التي تعاني تعقداً وتركيباً في التنظيم. ويؤدي ذلك إلى عدم تجانس المهام والوظائف، حيث تحاول كل مجموعة متخصصة الحصول على أكبر قدر من الخدمات النادرة في التنظيم وبأسرع وقت مما يؤدي إلى صعوبة تزويد الإدارات المختلفة بهذه الخدمات.

والخلاصة أن مبدأ التنسيق الفعال في التنظيم الجيد يحقق التعاون المنشود بين مختلف الأفراد والإدارات، وسلاسة تنفيذ البرامج والأنشطة لتحقيق الأهداف المحددة دون تضارب أو تداخل أو ازدواجية في العمل.

٤- تحديد السلطات Authority:

مغزى هذا المبدأ يتلخص في أنه ليس من العدل أن يتم محاسبة أي موظف في المنظمة عن نتائج أعمال ما لم يكن له سلطة واضحة وكافية وحق في إصدار التعليمات واتخاذ القرارات. والسلطة هي قوة الإجبار أو الإلزام كحق ممنوح أو مخول من التنظيم لأداء العمل، والتي تبنى على عنصرين أساسيين هما: حق التوجيه للآخرين، وحرية التصرف لإنجاز أعمال معينة. والبناء التنظيمي الفعال هو الذي

يحدد السلطات المصاحبة لأداء الأعمال. ولذا نجد أن السلطة في ناحيتها التنفيذية تتدرج من أعلى إلى أسفل في الهيكل التنظيمي، وهو ما يعرف باسم «سلسلة الأوامر» أو «المبدأ السلمي» في التنظيم.

٥- تحديد المسئوليات Responsibilities:

المسئولية تعني التعهد أو الالتزام وذلك فيما يختص بالأعمال أو النشاطات المحددة التي يلزم تنفيذها من قبل فرد ما وفقاً لمعايير محددة ومعروفة للرئيس والمرؤوس. وكما تُعطى سلطة أداء العمل لمن يكلف به فكذلك يحاسب على كيفية الأداء والنتيجة النهائية لعمله. والمساءلة تمثل الجانب العكسي للمسئولية [٤٠]، حيث تسند المسئولية من المستوى الإداري الأعلى إلى المستوى الأقل، لذلك تتم مساءلة المستوى الإداري الأقل أمام المستوى الإداري الأعلى.

ولقد صاحب التطور في الفكر التنظيمي على مر العقود تطورٌ آخر في فهم المبادئ اللازمة للتنظيم الجيد، ولذا أضاف مفكرو التنظيم وباحثوه بعض المبادئ الأخرى للمبادئ الخمسة السابقة وهي:

٦- البساطة والمرونة Simplicity and Flexibility of Organization:

يجب مراعاة البساطة في البناء التنظيمي وعدم تعقده بقدر الإمكان، وذلك باستبعاد الأعمال غير الضرورية والتركيز على الأعمال المهمة والمطلوبة فقط لتحقيق الأهداف المحددة. كما يجب ألا يتعارض مبدأ البساطة مع مبدأ المرونة اللازمة للبناء التنظيمي، بحيث يمكن تعديله كلما اقتضت الظروف خلال دورة حياة المنظمة [٤١]. مع ملاحظة أن تحقيق بساطة البناء التنظيمي يعد أمراً نسبياً عند تعقد واقع المنظمات الكبيرة ذات التشتت الجغرافي والنشاط المتعدد.

٧- الكفاءة Efficiency:

حيث يتم وضع البناء التنظيمي على أساس فهم أن غاية تحقيق الأهداف ينبغي أن تتم بأقل تكلفة ممكنة، وبأنسب الوسائل التي توفر الجهد والوقت. وبالتالي لا يجب أن يتضمن التنظيم أنشطة كثيرة في شكل أقسام وإدارات ليس لها أهمية كبيرة في تحقيق أهداف المنظمة، وما يستتبع ذلك من تعيين موظفين لهذه الأقسام والإدارات بتكلفة غير ضرورية، وكذلك التعقيد والبطء المحتمل حدوثه في مثل هذه الحالة.

٨- التنظيم حول الوظائف وليس الأشخاص Jobs versus Personnels:

ويعني هذا المبدأ أن التنظيم وسيلة لتحقيق الأهداف، وهذا يستلزم تحديد طبيعة الأعمال والوظائف المطلوبة. ثم يتم بعد ذلك شغل هذه الوظائف بمن يصلح لها حسب مقولة «الرجل المناسب في المكان المناسب»، تطبيقاً لمفهوم أن وظائف التنظيم مستمرة ومتنامية في حين أن الأشخاص زائلون. وبالتالي يجب أن يتم تصميم البناء التنظيمي على أساس تأدية المهام والأعمال المطلوبة من المنظمة وليس لخدمة أغراض معينة لبعض الأفراد أو المجموعات. وملخص هذا المبدأ هو أن يتم تحديد الوظيفة أولاً ثم تحديد الشخص الذي يشغلها وليس العكس.

٩- تفويض السلطة Delegation of Authority:

إذا كانت السلطة هي التي تجعل مركز المدير الإداري مركزاً حقيقياً، فإن تفويض السلطة هو الذي يخلق التنظيم ويبث الروح فيه لأن بدون تفويض السلطة يكون التنظيم جامداً ولا يستطيع العمل [٤٢]. ويتعلق موضوع تفويض السلطة بكيفية توزيع السلطات في المنظمة، وإلى أي مدى يتم تطبيق المركزية واللامركزية. وتطبيق هذا المبدأ يعني تفويض السلطة من أعلى لأسفل، بمعنى أن يتنازل مسئول معين عن جزء من سلطاته لأحد مرءوسيه فيحق له أن يصدر القرارات فيما فوض فيه دونما الحاجة إلى الرجوع إلى الرئيس الذي فوضه من أجل كفاءة وسرعة تنفيذ الأعمال. مع مراعاة أن تفويض السلطة لا يعني تفويض المسئولية، فمن تنازل عن بعض سلطاته لمرؤوس يظل مسئولاً عن نتيجة أعمال المرؤوس الذي فوضه تبعاً لمبدأ تحديد المسئوليات. كما لا يجوز تفويض كافة السلطات بل يتم التفويض في جزء من السلطات فقط. ويتبع ذلك أن يكون للرئيس الذي فوض بعض سلطاته دائماً الحق في إلغاء تفويضه وسحبه. ولكن في كل الأحوال لا يكون التفويض كلياً وشاملاً لجميع الاختصاصات الرئيسة للرئيس الإداري.

ومن مزايا التفويض [٤٣] تحقيق فعالية الإدارة في تحقيق أهدافها نتيجة لتوفير الوقت وتفرغ الرؤساء للأمور المهمة، وزيادة عنصر الثقة والروح المعنوية لدى المرؤوسين، ومشاركتهم الفعالة في صنع القرارات وتحمل المسئولية، واكتشاف القدرات الكامنة لدى المرؤوسين لتحمل المهام القيادية من خلال تطوير وتنمية مهاراتهم، فتفويض السلطة ما هو إلا تدريب للآخرين لشغل المراكز الأعلى بالمنظمة.

ورغم كل ما تقدم لا يخلو تفويض السـلطة مــن بعض العيوب [٤٤] التي من أهمها: إســاءة بعض الأفراد اســتخدام السلطة المفوضة إليهم، أو الشـعور بالإحباط عندما يسترجع الرئيس سـلطاته التي فوضها لأي سبب من الأسباب نتيجة لشعور المرؤوس بأنه لم ينل ثقة رئيسـه، أو قد يكلف المنظمة الكثيـر من الوقت والجهد والمال عندما تفوض السلطة لمن لا يملك القدرات اللازمة لتحمل المسئولية، أو نقص الوعي والنضج الإداري عند بعض الرؤســاء، وعدم وجـود الرغبة الحقيقية لدى المدير لإعطاء بعض مساعديه فرصة الظهور والترقي وامتلاك سلطة اتخاذ القرارات.

١٠- وحدة الأمر Unity of Command:

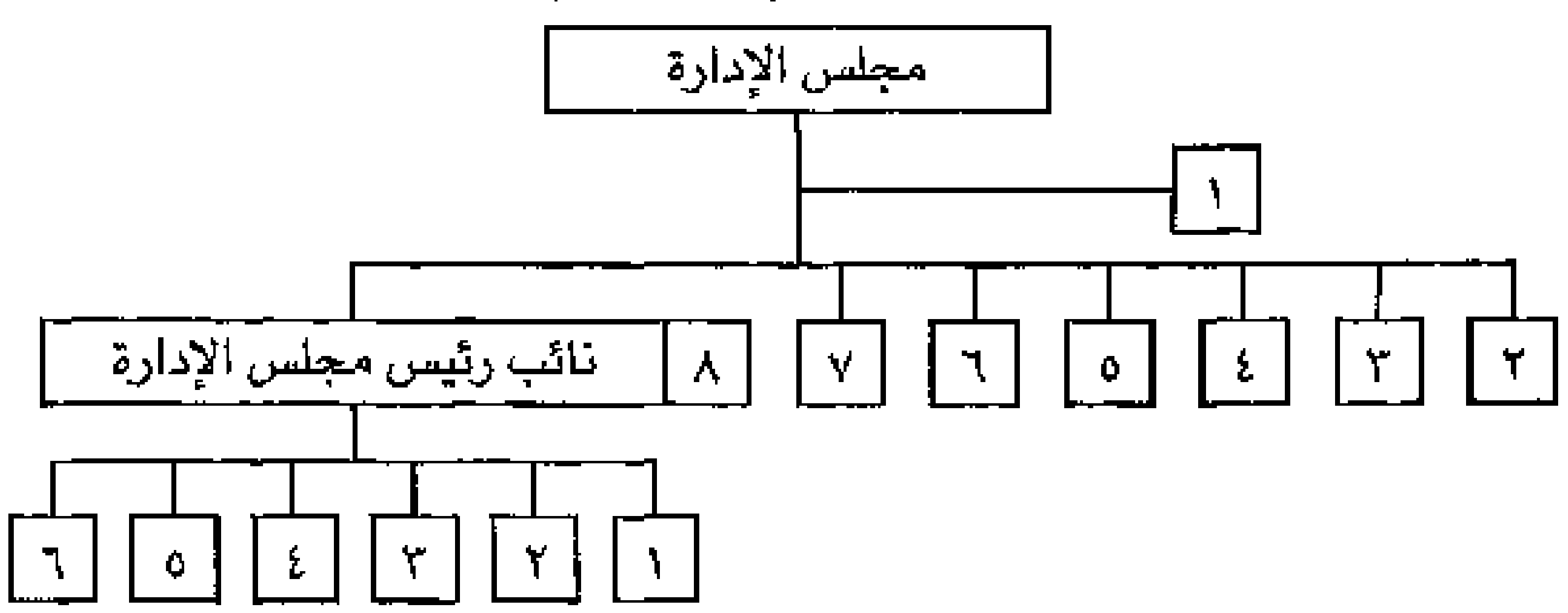
ويعني هذا المبدأ مســئولية أي فرد مــن العاملين بالمنظمة أمام رئيس واحد فقط، حتــى لا تتعدد الأوامر للمرؤوس الواحــد وبالتالي لا يعلم أيها أهــمُّ وأولى بالتنفيذ، وبعضهــا في هذه الحالــة قد يتعارض مع البعــض الآخر، وعندها قــد يختل أداؤه، وقد تنشــأ حالة من الصراع بين من يصدرون الأوامر، وشــيوع شعور عدم الرضا بين الجميع [٤٥]. والحل لكل ذلك هو مبدأ وحدة الأمر.

١١- نطاق الإشراف أو الرقابة Scope of Supervision or Control:

يطلق على هذا المبدأ مســميات مختلفة مثل نطاق الإشراف ونطاق الرقابة ونطاق السـلطة ونطاق المسـئولية ونطاق الإدارة [٤٦]، والمعنى المشترك هنا هو أن يشرف كل رئيس على عدد معين من المرءوسين يمكنه من تحقيق الإشراف عليهم بفعالية وكفاءة. ولا يوجــد تحديد معين للعدد الأمثل من المرءوسـين الواقعين في نطاق الإشــراف أو الرقابــة من الناحية النظرية، بـل يتوقف هذا العدد على عــدة عوامل منها: مقدرة الرئيس وتمكنه من مهارات الإشــراف والقيادة، ومدى تفهم المرءوســين لعملهم، ونوع وطبيعة العمل ومدى تركزه أو انتشاره، وظروف وبيئة العمل. وخلاصة القول في هذه المسألة هي أنه كلما زاد عدد المرءوسين انخفضت دقة الإشراف والعكس صحيح. ويرى الخبراء أن نطاق الإشراف أو الرقابة يجب ألا يزيد على عشرة أفراد. وهناك علاقة عكسية بين نطاق الإشراف وعدد المســتويات الإدارية، فنطاق الإشراف الواسع يعني عدداً أقل من المسـتويات الإدارية وينتج عن ذلك هيكل تنظيمي مفلطح أو منبســط)، في حين أن نطاق الإشــراف الضيق يترتب عليه زيادة عدد المستويات الإدارية (الهيكل التنظيمي الطويل) كما هو موضح بالشكل رقم (١-٣).

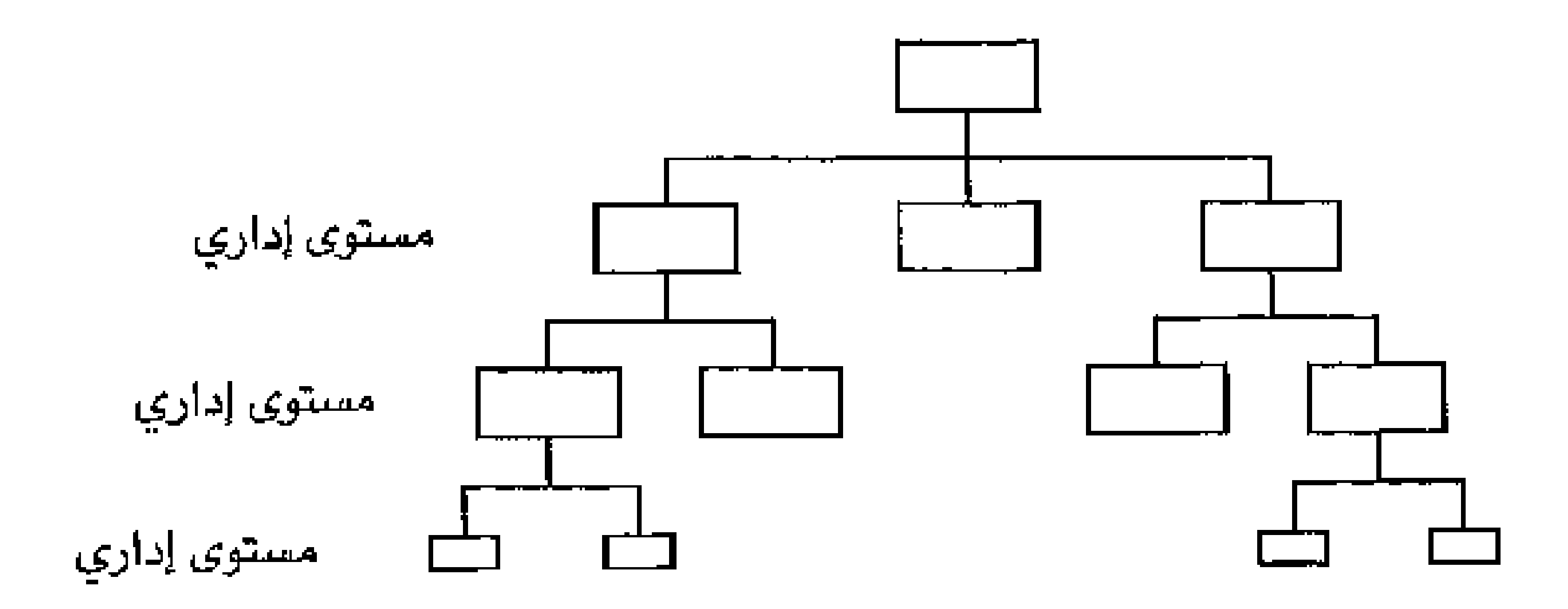
شكل رقم (١-٣)

نطاق الإشراف وعلاقته بعدد المستويات الإدارية



الهيكل التنظيمي المنبسط:

- نطاق الإشراف لرئيس مجلس الإدارة = ٨.
- نطاق الإشراف لنائب رئيس مجلس الإدارة = ٦.



الهيكل التنظيمي الطويل:

يقل نطاق الإشراف مع زيادة المستويات الإدارية.

(المصدر: بتصرف من الصيرفي، محمد، التنظيم الإبداعي، ٢٠٠٥م، ص ٣٩).

١٢- تقليل عدد المستويات الإدارية Downsizing Administration Levels:

التنظيم الذي يتصف بزيادة عدد المستويات الإدارية وطولها وتعقدها يعاني بطئاً في العمل وركوداً وارتباكاً بصفة عامة، والعكس صحيح. ويسمى هذا المبدأ أيضاً بسلسلة الأوامر القصيرة.

١٣- التوازن Equilibrium:

وهذا المبدأ مطلوب في جميع الأحوال، فيجب على سبيل المثال وجود توازن بين حجم وكمية العمل وحجم الإدارة أو القسم القائم به، ووجود توازن بين مبدأ نطاق الإشراف ومبدأ تقليل عدد المستويات الإدارية، والتوازن بين خاصية تنميط العمل وخاصية مرونته لمقابلة التغيرات المحتملة. كما يجب تحقيق التوازن بين أهداف الأفراد وأهداف المنظمة، وبين أهداف المنظمة وأهداف البيئة أو المجتمع الذي تعمل وتعيش فيه المنظمة. ومن أهم خصائص مبدأ التوازن في التنظيم تحقيق التكافؤ أو التوازن بين السلطة والمسئولية.

١٤- التركيز على العنصر الإنساني Human Factor:

من المبادئ المهمة للتنظيم الجيد أو التنظيم المعاصر مسألة التركيز على العوامل الإنسانية والعلاقات المتداخلة بين الأفراد في المنظمة ومختلف المستويات الإدارية، والهدف من التركيز على هذا المبدأ هو خلق المناخ المناسب لتحقيق التعاون والمشاركة وإبداء الرأي بين أفراد المنظمة، ومراعاة حاجات ومتطلبات ودوافع العاملين فيها والمتعاملين معها، وهذا ما يركز عليه المدخل السلوكي في الإدارة.

أدوات التنظيم:

أولاً - الهيكل التنظيمي Organizational Structure:

ينتج عن التنظيم هيكلٌ يسمى بالهيكل التنظيمي الذي يعد الإطار العام للعمل، وهو بمثابة الهيكل العظمي للمنظمة تشبيهاً لما هو موجود في الإنسان والذي يعطي للإنسان الشكل والقوام. حيث يضم الهيكل التنظيمي الوظائف المختلفة التي تتطلبها المنظمة بعضها مع بعض، مع توفير النظام والترتيب المنطقي والعلاقات المتجانسة والمتكاملة بينها، ومن خلاله تتضح وتتحدد الفروق بين الأفراد من ناحية المسئولية والسلطة وطبيعة المراكز والأدوار.

وقد اختلفت وجهات النظر بين مفكري الإدارة حول تعريف الهيكل التنظيمي من ناحية الشمولية والعمق والمضمون، ولكنهم جميعاً يرون أن الهيكل التنظيمي ما هو إلا وسيلة لتحقيق أهداف المنظمة وليس غاية في حد ذاته. وقد عرفه «ستونر» (٤٧) بأنه «الآلية الرسمية التي يتم من خلالها إدارة التنظيم من خلال تحديد: خطوط السلطة والاتصال بين الرؤساء والمرؤوسين، والبيانات والمعلومات التي تمر خلالهما» وعرفه «جيبسون» وزملاؤه بأنه «الهيكل الذي ينتج عن قرارات تنظيمية تتعلق بأربعة أبعاد أو جوانب لأي منظمة، وهي: تقسيم العمل والتخصص، وأسس تكوين الوحدات التنظيمية (تجميع الوظائف / الأعمال)، وحجم هذه الوحدات (نطاق الإشراف)، وتفويض السلطات» (٤٨). وحدد «أبلبي» الهيكل التنظيمي بأنه «إطار يوجه سلوك رئيس المنظمة في اتخاذ القرارات ... وتتأثر نوعية وطبيعة هذه القرارات بطبيعة الهيكل التنظيمي» (٤٩). وقال «منتسبرج» عن الهيكل التنظيمي إنه «عبارة عن مجموعة الطرق التي تم تقسيم العمل فيها إلى مهمات واضحة، والتنسيق بين هذه المهمات» (٥٠). وحدد «درة» الهيكل التنظيمي على أنه «عبارة عن ترتيب العلاقات المتبادلة بين أجزاء ووظائف التنظيم، ويشير الهيكل التنظيمي إلى التسلسل الهرمي للسلطة بحيث يحقق الأهداف بفعالية» (٥١). وعرفه «ديفز» بأنه «الشيء الذي يحدد العلاقات الرسمية بين الأفراد في المنظمات» (٥٢).

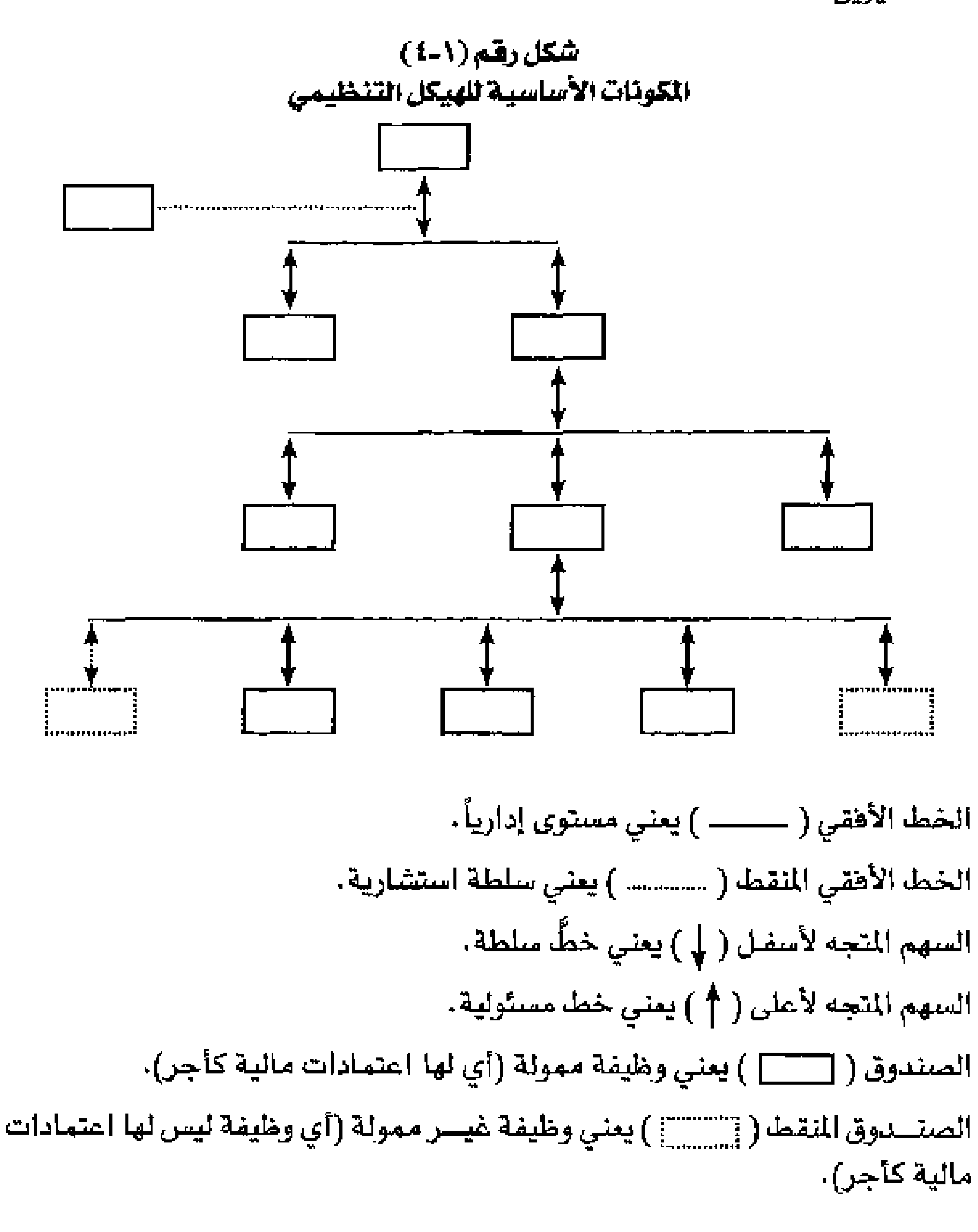
ورغم تعدد التعريفات إلا أنه يمكن فهم أن الهيكل التنظيمي (شكل رقم ١-٤) يحتوي في الأساس على ما يلي:

- تنظيم السلوك الرسمي وتحديد خطوط السلطة والاتصال.
- توزيع الموظفين على مختلف الوحدات الإدارية في المنظمة.
- تحديد التسلسل الهرمي والمستويات الإدارية ونطاق الإشراف.
- تمثيل كل الأنشطة والعمليات والوظائف الأساسية في التنظيم.
- تحديد أجزاء التنظيم الأساسية: التعقيد، والرسمية، والمركزية.

ويأخذ الهيكل التنظيمي (من الناحية الشكلية) شكلاً هرمياً، حيث يقل عدد الوظائف والأفراد بالتنظيم تدريجياً كلما كان الاتجاه لأعلى، حتى يصل عدد الوظائف إلى وظيفة واحدة يشغلها رئيس المنظمة (مهما تعددت ألقابه مثل الوزير أو رئيس مجلس الإدارة أو المدير العام). وينقسم العاملون في أي منظمة إلى فئتين أساسيتين هما الإدارة وصغار الموظفين أو العاملين. وفئة المديرين تكون في أعلى الهرم أو الهيكل

الوظيفي ويتمتعون بســلطات واضحة ويملكون حق إصدار القرارات، ويشغلون مواقع أو مراكز مقســمة على ثلاثة مســتويات إدارية هي: الإدارة العليا، والإدارة الوسطى، والإدارة المباشرة أو التنفيذية. أما فئة الأفراد أو العاملين فهي الفئة التي تنفذ قرارات فئة المديرين.

شكل رقم (١-٤)
المكونات الأساسية للهيكل التنظيمي



الخط الأفقي (ـــــــ) يعني مستوى إدارياً.

الخط الأفقي المنقط (...........) يعني سلطة استشارية.

السهم المتجه لأسفل (↓) يعني خطَّ سلطة.

السهم المتجه لأعلى (↑) يعني خط مسئولية.

الصندوق (▭) يعني وظيفة ممولة (أي لها اعتمادات مالية كأجر).

الصنــدوق المنقط (⬚) يعني وظيفة غيــر ممولة (أي وظيفة ليس لها اعتمادات مالية كأجر).

الخط المنقط والصندوق المنقط ( ) يعني وظيفة مؤقتة.

أبعاد الهيكل التنظيمي Dimensions of Organizational Structure:

يمكن دراسة الهيكل التنظيمي لأي منظمة من خلال دراسة بعدين تنظيميين أساسيين همـا الأبعاد الهيكلية والأبعاد البيئية [٥٣]. وتعني الأبعاد الهيكلية بالسمات الداخلية للمنظمة، في حين تركز الأبعاد البيئية على المحيط الذي تعيش فيه المنظمة.

أ- الأبعاد الهيكلية:

وتتضمن السمات الداخلية للمنظمة والتي يمكن تحديدها في التالي:

١- الرسمية Formalism:

الرسـمية كسـمة داخلية للمنظمة تعني درجة تقيد التنظيم بالإجراءات والقواعد والقـرارات والتعليمات في توجيه وضبط سـلوك العاملين، ومـدى تنميط الوظائف المختلفـة للمنظمة. ويتـم ذلك من خلال الوثائـق المكتوبة والتي تحدد السياسـات والإجـراءات والوصف الوظيفـي، وهذه الوثائق تعد خطاً أحمـر لا يمكن أن يتخطاه الموظـف وإلا تعرض للمسـاءلة، ومن ثم العقاب الإداري من قبل رؤسـائه أو من قبل الجهات الرقابية المعنية.

٢- التخصص Specialization:

ويشـير هذا البعد إلى درجة تقسـيم العمل بمعنى تقسيم المهام إلى أعمال محددة منفصلـة. وكلما زادت درجة قيام الموظف بأعمال محددة زادت درجة التخصص في الهيـكل التنظيمي، أما إذا كان الموظف يقوم بأداء عدة مهام مختلفة فإن ذلك يعني أن درجة التخصص منخفضة.

٣- التسلسل الهرمي Organizational Hirarechy:

ويقصد بذلك أن يتم تركيب السـلطات الإدارية من أعلى لأسفل في شكل هرمي، ويتعلق ذلك أيضاً بنطاق الإشراف. وقد سبق الإشارة إلى أنه كلما كان نطاق الإشراف ضيقاً كان هذا التسلسل الهرمي طويلاً، والعكس صحيح.

٤- التنميط Modelization:

التنميط يعني القياسية، ويشير إلى أن الأعمال المتشابهة يتم أداؤها بنفس الأسلوب في كل مرة تؤدى فيها هذه الأعمال.

٥- التعقيد Complexity:

ويعني عدد وحجم الأنشطة داخل المنظمة ودرجة تفرعها وتشعبها. ويمكن الحكم على درجة تعقيد الهيكل التنظيمي من خلال ثلاثة عناصر هي:

- **التعقيد الأفقي Horizontal Complexity:** ويشير هذا العنصر إلى تعدد وتنوع الأنشطة التنظيمية، وعدد الوحدات الإدارية للمنظمة، ومجموعات الوظائف المختلفة، والتخصصات المتنوعة الموجودة بالمنظمة.
- **التعقيد الرأسي أو العمودي Vertical Complexity:** ويشير إلى عمق الهيكل التنظيمي، والذي يقاس بعدد المستويات الإدارية في المنظمة.
- **التعقيد الجغرافي أو المكاني Geographical Complexity:** ويعني مدى الانتشار والتوزيع الجغرافي لأنشطة وعمليات والوحدات الإدارية للمنظمة.

ويعد الهيكل التنظيمي معقداً أكثر كلما زادت درجة عنصر أو أكثر من العناصر الثلاثة السابقة. وتكمن أهمية تعقيد الهيكل التنظيمي في حقيقة أنه كلما زادت درجة التعقيد للهيكل التنظيمي زادت الحاجة إلى الاتصالات والتنسيق والرقابة الفعالة، وهذا يمثل عبئاً متزايداً على المديرين من جراء محاولة علاج المشكلات التي تنتج بالضرورة من زيادة تعقيد الهيكل التنظيمي.

٦- المركزية Centralization:

وتشير إلى موقع ومكان اتخاذ القرارات في المنظمة أو توزيع القوة فيها. فالمركزية تعني احتفاظ السلطة العليا باتخاذ القرارات، في حين أن اللامركزية تعني تفويض سلطة اتخاذ القرارات للمستويات الأدنى.

ويرى بعض كتاب الإدارة [٥٤] أنه توجد علاقة بين المركزية والرسمية والتعقيد. فقد أشارت بعض الدراسات إلى ما يلي:

وجود علاقة عكسية بين المركزية ودرجة التعقيد، وأن اللامركزية يصاحبها عادة درجة عالية من التعقيد.

العلاقة بين المركزية والرسـمية غير محددة، فبعض الكتاب يرى أنه توجد علاقة عكسية بين المركزية والرسمية، والبعض الآخر يرى أنه توجد علاقة طردية.

- يرى البعض أنه مع تزايد درجة التعقيد تقل درجة الرسـمية، لأن كلاً من الرسـمية والتعقيد يؤديان إلى مزيد من الاحتياج إلى الرقابة والسـيطرة على سـلوك الأفراد في المنظمة.

ب- الأبعاد البيئية (المحيطية) Environmental Dimensions:

وهـي الأبعاد المتعلقة بالمحيط الذي توجد وتعيش فيه المنظمة. وأهم هذه الأبعاد: حجم المنظمة، والتقنية المستخدمة، وطبيعة البيئة، وإستراتيجية وأهداف المنظمة.

١- حجم المنظمة Size of Organization:

يعـد عدد العاملين بالمنظمة من أهم المعايير التي تسـتخدم لقياس حجم المنظمة. فالتنظيمات الكبيرة الحجم التي يزيد عدد العاملين فيها على ألفي موظف تميل غالباً إلى التخصص، وتقسيم العمل، والرسمية بصورة كبيرة. وفي المقابل تميل التنظيمات الصغيرة الحجم إلى تطبيق المهام المشتركة، والعلاقات غير الرسمية، ونطاق الإشراف الأكثر اتساعاً.

٢- التقنية المستخدمة Technology:

تشـير التقنية إلى مـدى المعرفة وأسـاليب العمل والأجهزة والأفعال والأنشـطة المسـتخدمة في تحويل المدخلات إلـى مخرجات من المنتجـات أو الخدمات الهادفة لإشـباع حاجات العملاء. وعلى سـبيل المثال فإن اسـتخدام تقنيات ونظم المعلومات الآليـة، أو الروبوت (الإنسـان الآلي) يؤدي إلى تخفيض عدد المسـتويات الإدارية في الهيكل التنظيمي، وضيق نطاق الإشراف.

٣- البيئة Environment:

البيئـة هي جميع الكيانـات أو المتغيرات المحيطة بالمنظمـة والتي يحتمل أن تؤثر على أدائها بصورة مباشرة أو غير مباشرة. فالمتغيرات أو الكائنات البيئية كالمنظمات المنافسـة، والعملاء، والظروف السياسـية والاجتماعية والاقتصادية، تشـكل بدرجة كبيرة على سياسات وأساليب المنظمة في التعامل والتكيف مع هذه المتغيرات. والعامل الإجمالي المؤثر هنا هو درجة عدم التأكد والمتعلقة بالتنبؤ بالسلوك المستقبلي لمتغيرات

البيئة، والذي يتحدد بمدى استقرار أو عدم استقرار بيئة المنظمة. وعموماً يكون التنبؤ المستقبلي أكثر تأكيداً في البيئة المستقرة.

٤- الإستراتيجية والأهداف الأساسية Strategy and Goals:

وتشير إلى الغاية من وجود المنظمة وتحدد العمليات داخلها، وكذلك العلاقات المرغوب فيها بين العاملين والعملاء. ولقد وجد أن الهيكل التنظيمي يتبع الإستراتيجية بوصفها المرشد والموجه العام للمنظمة، وبالتالي يتم تصميم الهيكل التنظيمي بحيث يحقق توجهات الإستراتيجية والأهداف الأساسية.

أسس تجميع أوجه النشاط (التجميع التنظيمي) Departmentation:

ينتج عن عملية تقسيم وتجزئة العمل وجود أعداد كبيرة من الوظائف / والأعمال المتخصصة والتفصيلية، والتي لابد من تجميعها في مجموعات (وحدات تنظيمية)، وتعيين رئيس محدد لكل مجموعة للإشراف عليها. وتوجد عدة أسس أو معايير لهذا التجميع الوظيفي لكل منها أهميته في تصميم الهيكل التنظيمي للمنظمة، وعلى المنظمة أن تختار للتجميع الوظيفي الأسس الأكثر ملاءمة لأهدافها وأنشطتها وظروفها البيئية. وأهم هذه الأسس ما يلي:

١- التجميع الوظيفي Functional Departmentation:

يعتمد التجميع الوظيفي في بناء الهيكل التنظيمي على تجميع الأعمال تبعاً للوظائف والأنشطة التي تؤديها المنظمة (إنتاج، تسويق، حسابات، المشتريات ... إلخ) في إدارة أو وحدة عمل واحدة يكونها أفراد أو عاملون يتمتعون بمهارات متشابهة في نفس مجال التخصص. وقد تتفرع من كل إدارة أقسام فرعية حتى نصل إلى المستوى التنفيذي والعمال (شكل رقم ١-٥).

ومن مزايا الهيكل التنظيمي المبني على أساس التجميع الوظيفي ما يلي [٥٥]:

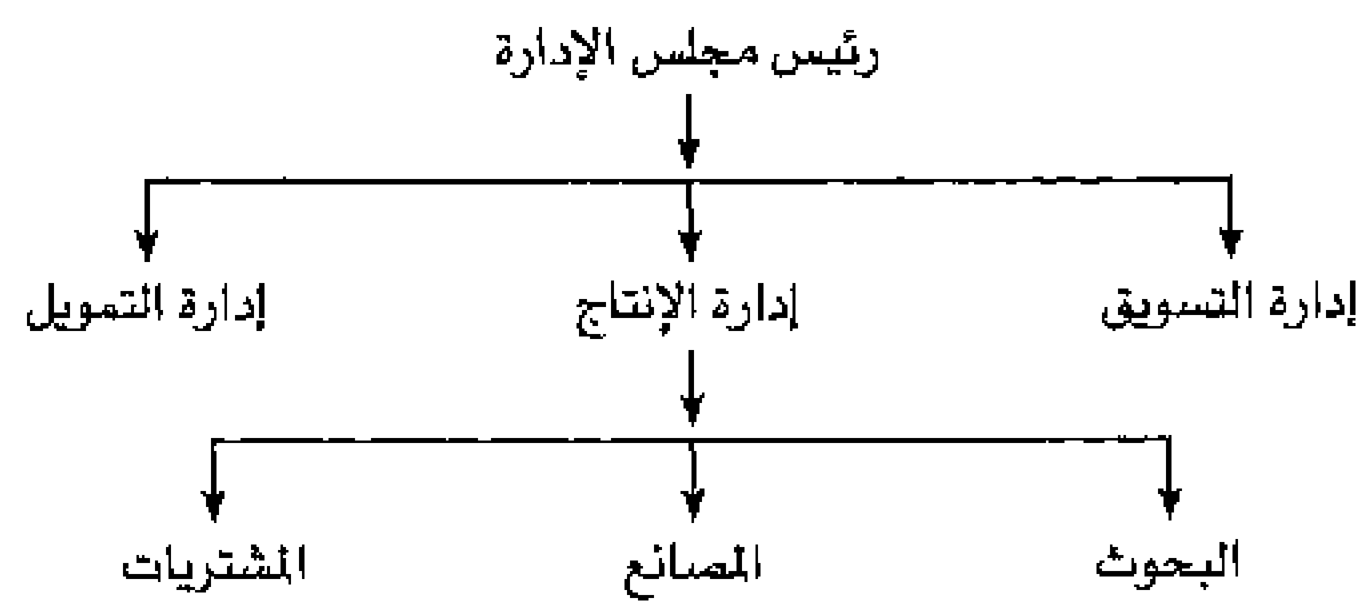
يعد هذا التجميع التقسيم الطبيعي والمنطقي لنشاط المنظمة، وهو واضح وسهل الفهم، ويحقق الاهتمام المناسب بالوظائف والأنشطة الأساسية للمنظمة.

- تقليل ازدواجية العمل والجهود وتقليل النفقات.
- تسهيل عملية تدريب الأفراد لتجمعهم كتخصص في إدارة أو قسم واحد.

- يسهل للمشرف عملية الإشراف وإنجاز الأعمال.
- يساعد مستويات الإدارة العليا على ممارسة الرقابة الفعالة على الأنشطة.

شكل رقم (١-٥)

الهيكل التنظيمي المبني على أساس التجميع الوظيفي



أما أهم سلبيات هذا النوع من التنظيم فهي:

- ميل الإدارات (الاختصاصيين) للتركيز على تحقيق أهداف إدارتهم كأولوية أهم من تحقيق أهداف المنظمة.
- زيادة أعباء رئيس المنظمة، نظراً لوقوع المسئولية عن الأداء العام للمنظمة على عاتق شخص واحد هو رئيس المنظمة.
- صعوبة التنسيق بين الأنشطة الرئيسية للمنظمة في حالة توسعها ونموها، ولذلك لا يناسب هذا التجميع المنظمات المنتشرة جغرافياً في أكثر من مكان.
- عدم إعطاء الاهتمام الكافي للمنتجات والأسواق والعملاء (المنتفعين).

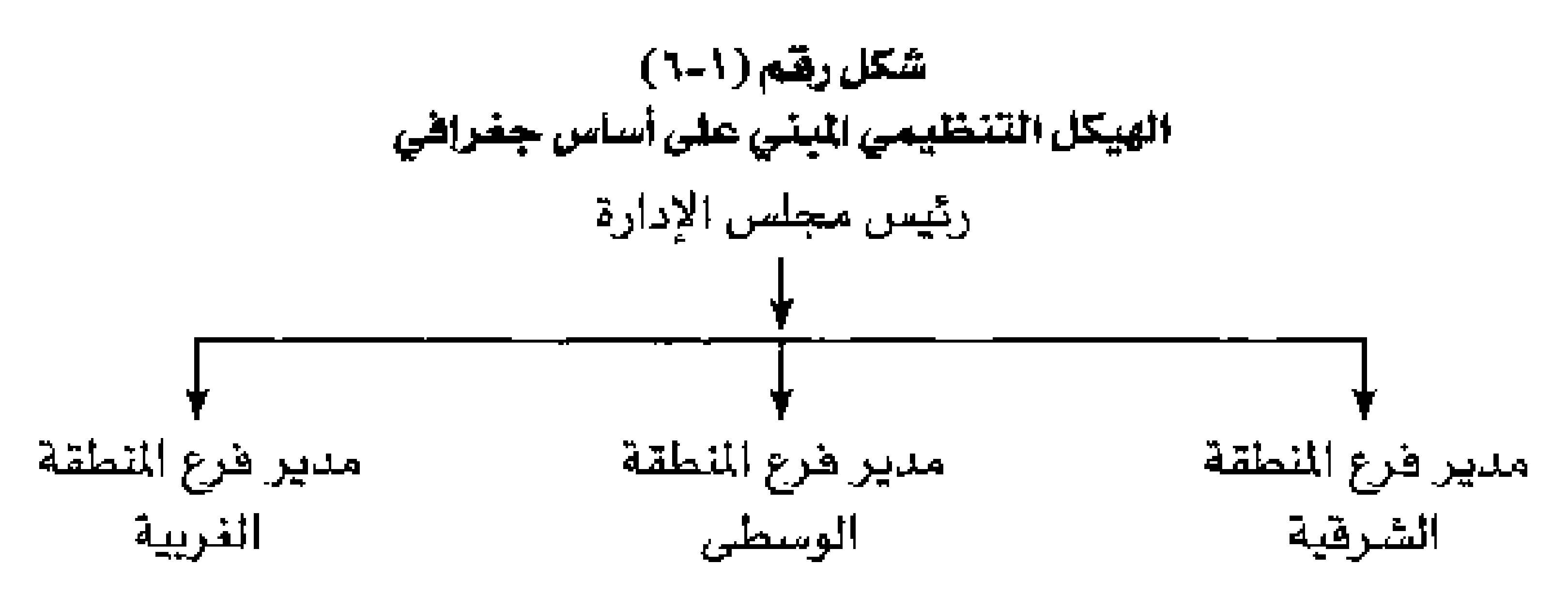
٢ - التجميع (التنظيم) على أساس جغرافي Geographical Departmentation:

ويعرف أيضاً بالتجمع المكاني، ويتم فيه بناء الهياكل التنظيمية على أساس تجميع الأنشطة والأفراد العاملين في منطقة جغرافية معينة في وحدة تنظيمية واحدة تسند رئاستها إلى رئيس واحد هو مدير الفرع الموجود في هذه المنطقة الجغرافية (شكل رقم ١-٦).

وأهم مزايا هذا التجميع ما يلي:

- القرب من الحدث والتصرف السريع لاتخاذ القرارات.
- التركيز على احتياجات ومتطلبات عملاء كل منطقة جغرافية معينة.
- تحديد المسئولية في مستويات إدارية أدنى من رئيس المنظمة.
- توفير أساس جيد لتدريب وتطوير المديرين.

شكل رقم (١-٦)
الهيكل التنظيمي المبني على أساس جغرافي



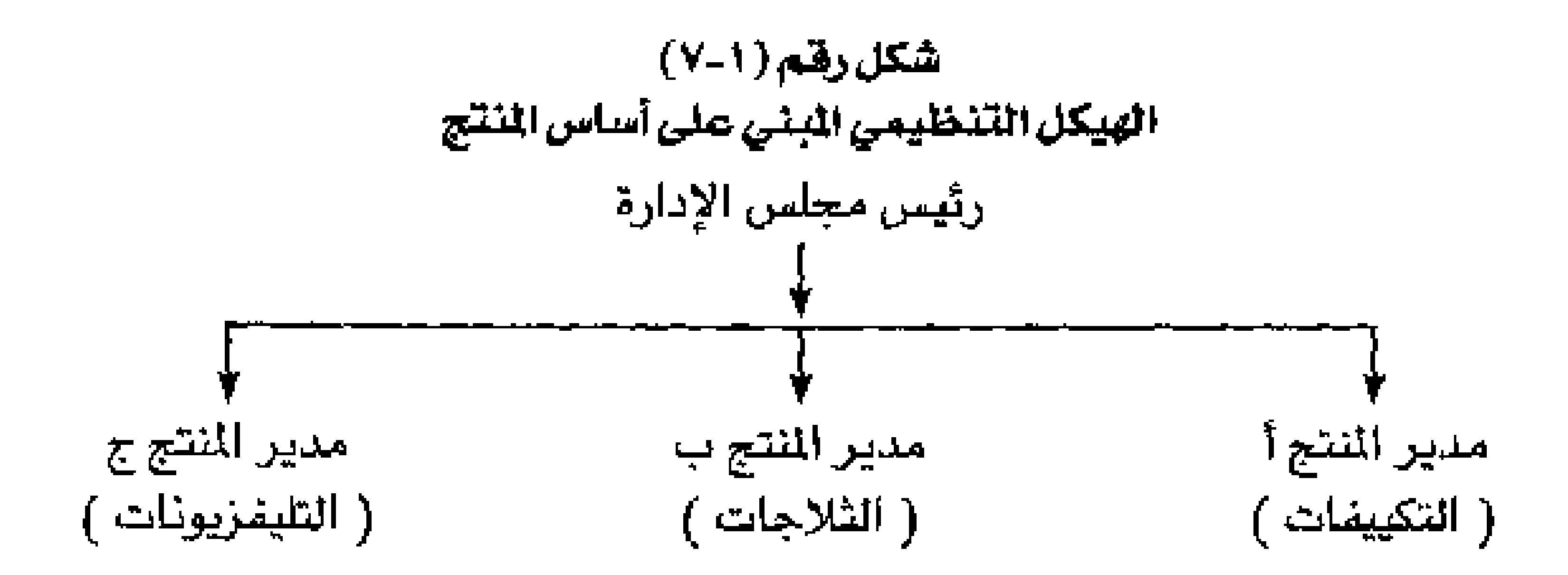
أما أهم عيوب هذا النوع من التجميع فتكمن في التالي:

- ازدواجية الأنشطة عبر الوحدات التنظيمية الجغرافية المختلفة.
- صعوبة التنسيق بين الوحدات الإدارية المنتشرة في أماكن متفرقة.
- وجود احتمال تباين السياسات المستخدمة في الفروع الجغرافية عن السياسات العامة للمركز الرئيسي.
- وجود احتمال إساءة السلطة المفوضة من المركز الرئيسي للفروع مما يضر بسمعة واسم المنظمة ككل.

٣- التجميع على أساس المنتج Product Departmentation:

يعتمد هذا النوع من التجميع في بنائه للهياكل التنظيمية على تجميع الأنشطة المتصلة اتصالاً مباشراً بإنتاج سلعة / خدمة معينة في مجموعة تنظيمية واحدة، وإسناد مسؤولية إدارتها لرئيس واحد (شكل رقم ١-٧). ويصلح هذا النوع من التنظيم للمنظمات الكبيرة التي تعمل في بيئة غير مستقرة تتطلب درجة عالية من الحساسية والاستجابة لاحتياجات الأسواق والمنتفعين.

شكل رقم (١-٧)
الهيكل التنظيمي المبني على أساس المنتج



وأهم مزايا هذا النوع ما يلي:

- تركيز الاهتمام والجهود على خطوط الإنتاج.
- سهولة تداول المعلومات المتعلقة بكل نوع من أنواع المنتجات.
- تركيز السلطة والمسئولية والمساءلة في مدير كل منتج.
- سهولة تحديد وقياس الأداء.
- توفير أساس جيد لتدريب المديرين.

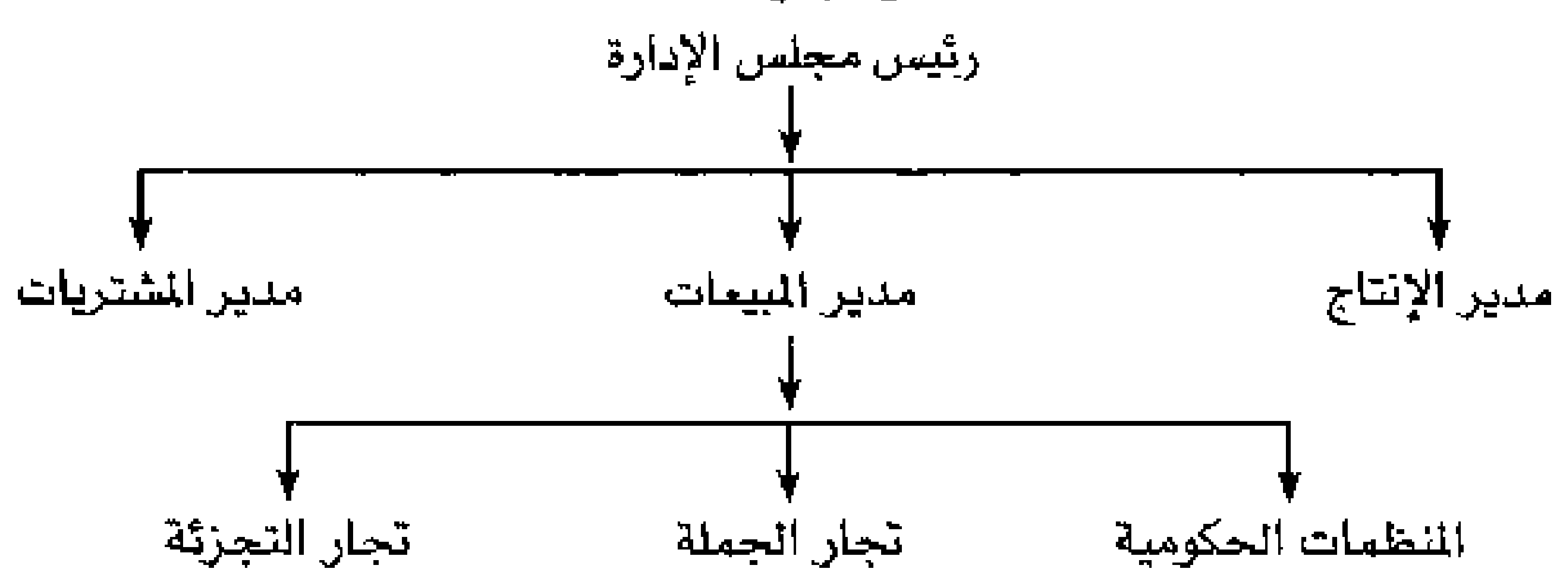
أما أهم سلبيات هذا النوع فتتركز في التالي:

- الحاجة إلى أعداد كبيرة من المديرين ذوي القدرات الإشرافية والإدارية.
- ارتفاع التكلفة نتيجة ازدواجية الجهود.
- صعوبة ممارسة الرقابة الفعالة من قبل الإدارة العليا.

٤- التجميع على أساس المنتفعين (العملاء) Customer Departmentation:

ويعتمد على مختلف الأعمال التي توجه لخدمة فئة محددة، أو سوق معين، أو قناة توزيعيــة بذاتها فــي وحدة تنظيمية واحدة، وعلى أســاس أن كل قطاع من العملاء له احتياجاته ومتطلباته الخاصة والتي تختلف عن القطاعات الأخرى من عملاء المنظمة (شكل رقم ١-٨).

شكل رقم (١-٨)
الهيكل التنظيمي المبني على أساس المنتفعين



وميزة هذا النوع من تجميع الأعمال أنه يساعد المنظمة على إشباع حاجات ورغبات فئات المنتفعين أو السوق المحددة.

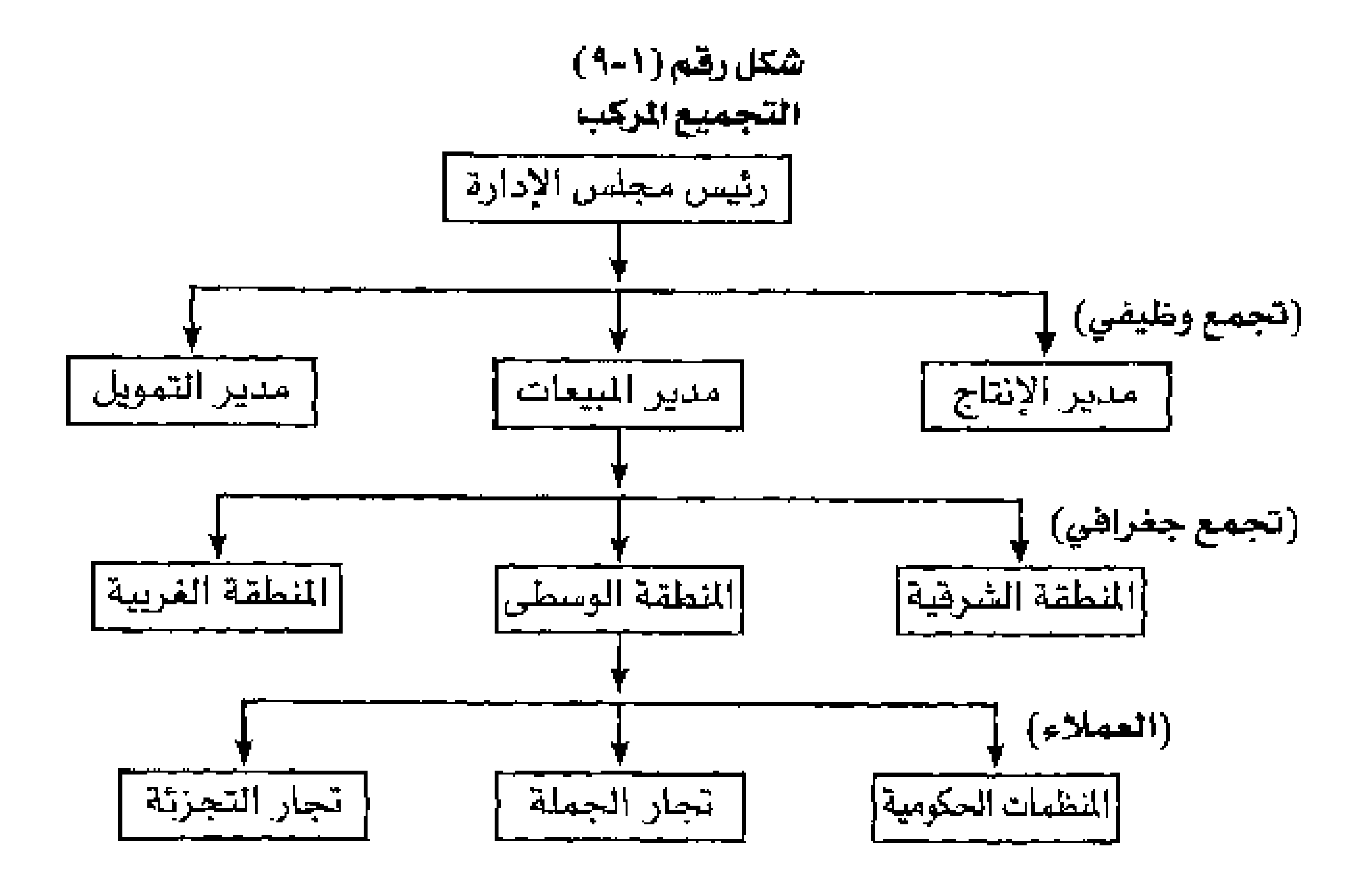
أما أهم سلبياته فتتلخص في التالي:

- صعوبة التنسيق بين الوحدات التنظيمية القائمة على هذا الأساس، وبين الوحدات التنظيمية الأخرى القائمة على أسس أخرى.
- ارتفاع التكلفة نتيجة لازدواجية الأنشطة (هيكل تنظيمي مكلف).
- يزيد من احتمالات عدم الاستفادة من القوى العاملة والتسهيلات المتوافرة وخاصة في فترات الكساد والركود.

٥- التجميع المركب او المختلط Mixed/Multiple Departmentation:

وهو تجميع يتم فيه بناء الهياكل التنظيمية بالاعتماد على أكثر من أساس من الأسس التي تم الإشارة إليها من قبل، بمعنى أن يتم التجميع على أسس وظيفية وغير وظيفية في وقت واحد، كما هو موضح بالشكل رقم (١-٩).

شكل رقم (١-٩)
التجميع المركب

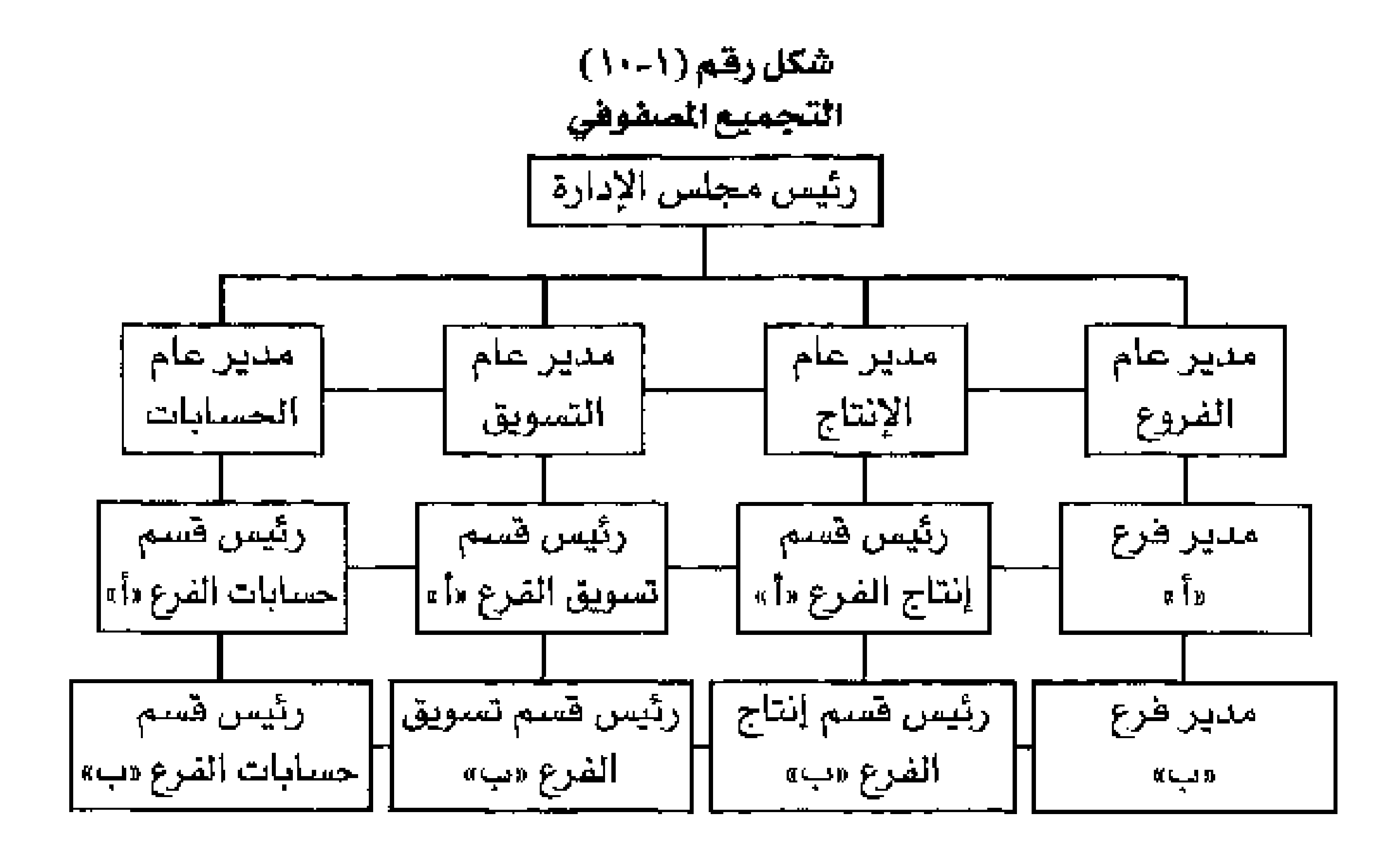


ويتم استخدام هذا التجميع عندما ترى المنظمة أنه توجد حاجة إلى تجميع أوجه النشاط طبقاً لأكثر من نوع من الهياكل السابقة حتى تتمكن في النهاية من تحقيق الهدف النهائي للمنظمة، إذ تجميع الأعمال والمهام في وظائف ووحدات تنظيمية ليس هدفاً في حد ذاته ولكنه وسيلة لتسهيل تحقيق أهداف المنظمة. وبالتالي لا توجد ضرورة للمحافظة على التوحيد والتماثل عند اختيار أسس التنظيم.

٦- التجميع المصفوفي:

يتصف التجميع المصفوفي بأنه تجميع مختلط إذ يتم التجميع على أسس وظيفية وغير وظيفية على نحو متزامن (مثل التجميع المركب)، مع ملاحظة أن الهياكل التنظيمية المصفوفية تتميز بوجود «خط الأوامر المزدوج». بمعنى خضوع المرؤوس لسلطتين في وقت واحد، وهي الظاهرة المعروفة «بالسلطة المزدوجة» كما هو موضح بالشكل رقم (١-١٠).

شكل رقم (١-١٠)
التجميع المصفوفي



ويلاحظ من الشكل السابق أن رئيس قسم إنتاج الفرع «أ» على سبيل المثال يتلقى أوامره من مدير عام الإنتاج بالمنظمة وأيضاً من مدير الفرع «أ». كما يلاحظ أيضاً أنه في الهياكل المصفوفية يوجد عدم التزام واضح بأحد المبادئ التقليدية للإدارة وهو مبدأ وحدة الأمر.

يمتاز الهيكل المصفوفي بأنه:

- يحقق الاكتفاء الذاتي لكل قسم من أقسام المنظمة.
- يمنع الازدواج الوظيفي للمشروعات المتعدد.

ولكن يعاب عليه ما يلي:

- إمكانية حدوث صراع تنظيمي نتيجة لتلقي المرؤوسين الأوامر والتعليمات من أكثر من رئيس في وقت واحد، كما قد يتصارع المديرون (مديرو الفروع) من أجل الحصول على احتياجاتهم من الموظفين من الإدارات المختلفة.
- إمكانية انخفاض الروح المعنوية للعاملين نتيجة الصراعات مما قد يحد من كفاءتهم.

٧- التجميع على أساس فرق العمل Team Work Departmentation:

وهو أحـد المداخل المعاصرة للتجميع الوظيفي، وقـد فرضته بيئة العمل الحركية والمعقدة، ويعتمد هذا النوع من التجميع على ما يعرف بفرق العمل الوظيفية. ويقصد بفـرق العمل الوظيفية مجموعات الموظفين التي يتم اختيارها من الأقسـام الوظيفية المختلفة للمنظمة وذلك بغرض حل المشـاكل المشـتركة والمتكررة الناتجة عن ممارسة النشاط، وبالتالي تحسين العلاقات بين الوحدات التنظيمية وزيادة التنسيق بينها وحل المشكلات التي تعوق تعاونهم (الشكل رقم ١-١١).

ومن المميزات الكامنة في الهياكل المبنية على فرق العمل:

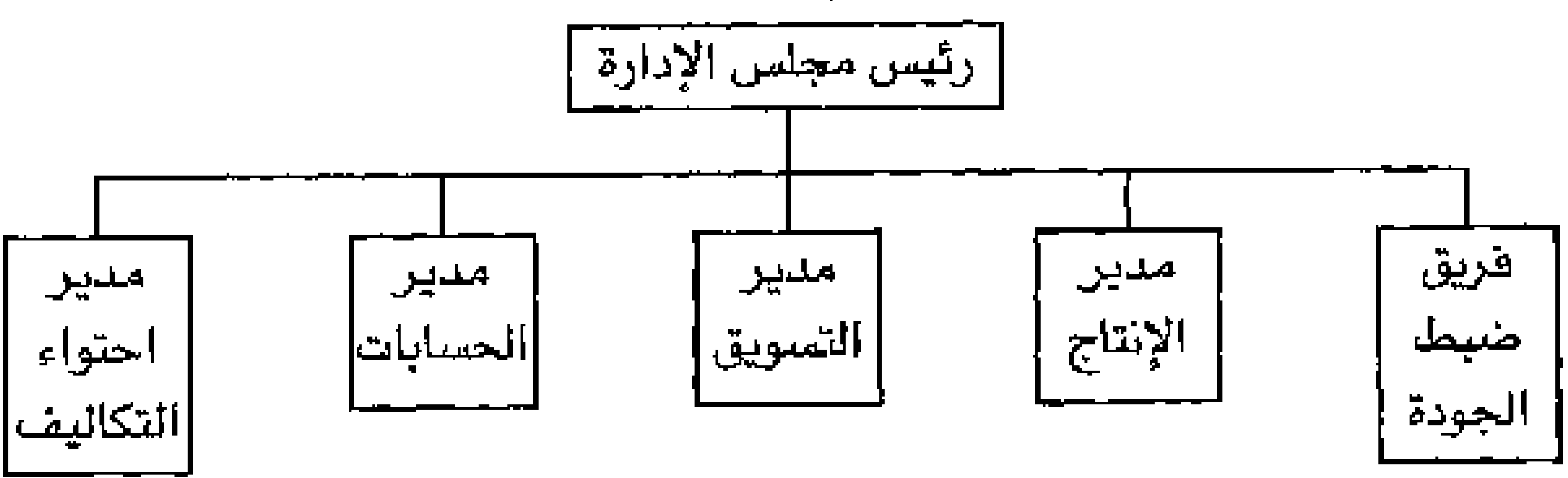
- تعمل بشكل جيد مع المنظمات التي تعاني من مشاكل محددة داخل وحداتها الوظيفية والتي تحتاج لخبرات وظيفية تخصصية لحل هذه المشاكل.
- يؤدي أعضاء فرق العمل المتواجدون أصلاً داخل الإدارات الوظيفية دور حلقة الوصل بين تلك الإدارات بعضها مع بعض وهو ما يرفع من درجة التنسيق والتعاون بينها.
- ارتفاع جودة وسلامة القرارات بسبب مشاركة أعضاء فريق العمل مسئولي الإدارات الوظيفية في اتخاذ القرارات.

أما العيوب المحتملة لهذه الهياكل فهي:

- الـولاء المتعـارض لأعضاء فرق العمل من ناحية الحيـرة أو التذبذب في الولاء بين مديري الإدارات الوظيفية التي يعملون بها وبين قائد فريق العمل.
- إهـدار وقـت كثير في تقصي المعلومـات من خلال إجراء المقابـلات والتحدث مع العاملين داخل الإدارات الوظيفية التي يكلفون بأداء مهام فيها.



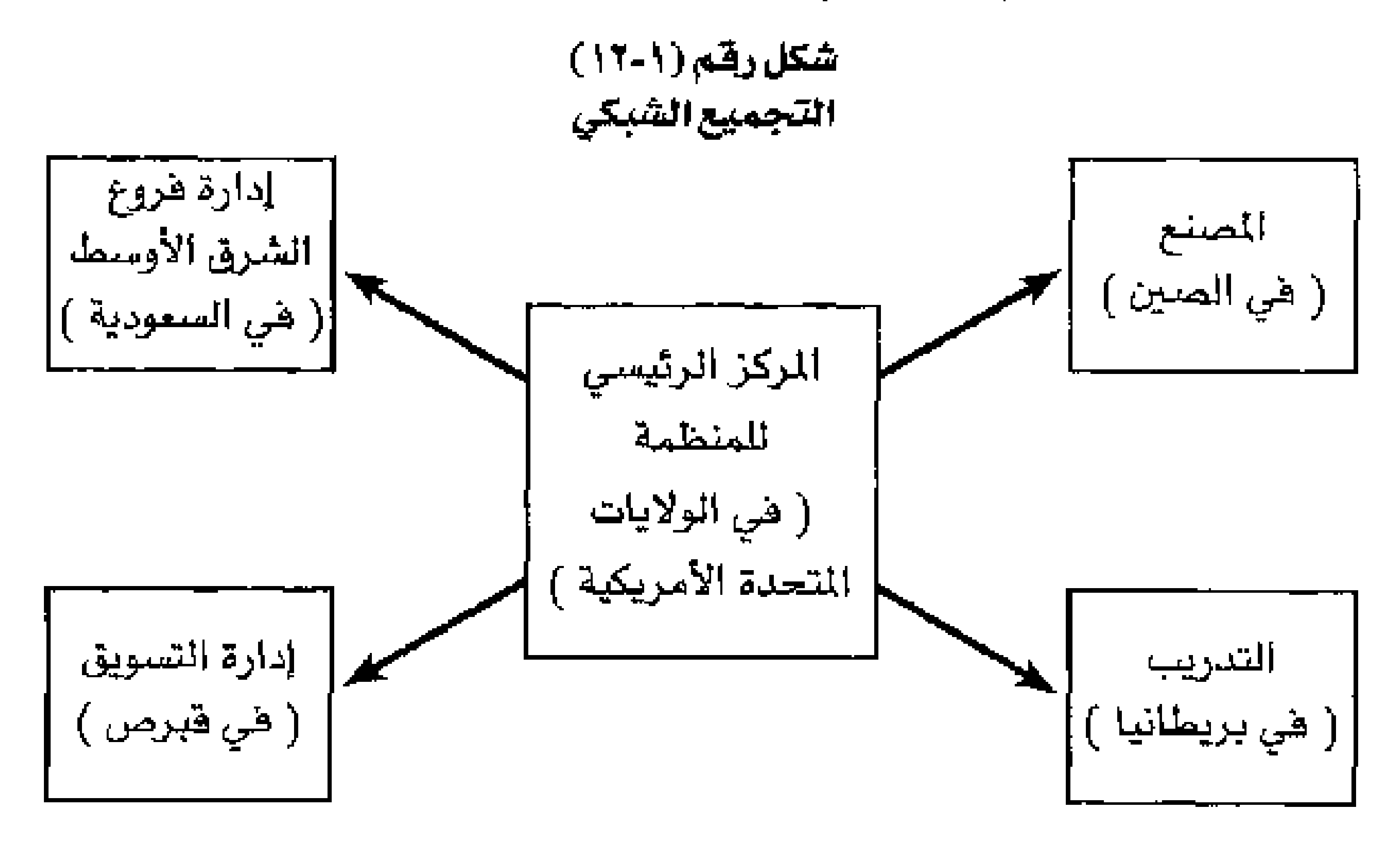
الشكل رقم (١-١١)
الهياكل التنظيمية المبنية على أساس فرق العمل



٨- التجميع الشبكي:

يؤخذ بهذا الأســاس في بناء الهياكل التنظيمية فـي المنظمات كبيرة الحجم ذات الطابع العالمي. بمعنى تعدد مجالات وأنشـطة تلك المنظمات وانتشــارها في أكثر من دولة على مستوى العالم (شكل رقم ١-١٢).

شكل رقم (١-١٢)
التجميع الشبكي



ويعتمد التجمع الشبكي للمنظمات على الأخذ بمفهوم شبكة الأنشطة أو الأعمال. وبالتالي فإن كل إدارة أو قسم للمنظمة يعتبر وحدة تنظيمية مستقلة بذاتها لها أهدافها الخاصة بها، إلا أنها تتفق في مجملها مع التوجه العام للمنظمة الأم.

والميزة الأساسـية للهياكل الشبكية تتمثل في سرعة اسـتجابة التنظيم للمتغيرات والتطـورات البيئية، لأن كل وحدة تنظيمية أو فروع المنظمة تعمل في بيئة مختلفة عن الأخـرى. إلى جانـب أن هذا النوع من الهياكل يعتمد على اسـتخدام أحدث تقنيات المعلومات لأنها ضرورة أساسية لسـرعة الإنجاز ونجاح شبكة الاتصالات الفعالة لمثل هذه المنظمات الكبيرة.

أمـا مـا يعيب هذا النوع من الهيـاكل التنظيمية بوضوح فهو تفتيـت تكامل البناء التنظيمي للمنظمة. إلا أن الاتجاه المتســارع نحـو ظاهرة العولمة يجعل البعض يتوقع انتشار هذا النوع من الهيكلة في المستقبل [٥٦].

تصميم الهيكل التنظيمي:

يتبع تصميم الهيكل التنظيمي عملية تصميم المنظمة. فتصميم المنظمة يعد تشخيصاً للموقف (البيئة والتقنيات والمنافسة والحجم وغيرها) الذي يواجه منظمة ما، ومن ثم يلزم اختيار وتصميم وتطبيق الهيكل التنظيمي الأكثر ملاءمة للتعامل والتكيف مع هذا الموقف. ويتلخص تصميم الهيكل التنظيمي في ضرورة اشتماله على عنصرين أساسيين هما: التمايز والتكامل. فالتمايز هو تقسيم وتجزئة العمل إلى واجبات ومهام، أما التكامل فهو التنسيق بين هذه المهام والواجبات [٥٢].

ويرى «جون تشيلد» [٥٨] أنه يلزم الإجابة عن بعض الأسئلة المعينة والتي ينتج عن إجابتها وضع التصميم المناسب للهيكل التنظيمي، وأهم هذه الأسئلة:

- إلى أي مدى مطلوب تطبيق مبدأ تقسيم العمل والتخصص؟ (وعلاقة ذلك بتسهيل أو تعقيد عملية الاتصال ومنح أو عدم منح العاملين المزيد من المسئولية).
- هل يتم اعتماد هرم إداري طويل في التنظيم العام أم هرم منبسط؟ (بمعنى تحديد عدد المستويات الإشرافية ونطاق الإشراف).
- على أي أساس سيتم تجميع الأعمال؟ (على أساس الوظيفة، أم على أساس المنتج/ الخدمة، أم على أساس جغرافي مثلاً).
- هل يلزم تحقيق قدر كبير من التكامل والتنسيق بين الوحدات التنظيمية والمجموعات المختلفة؟ وهل توجد وسائل متاحة لتحقيق ذلك؟.
- كيف ستتم ممارسة عملية الرقابة على الأعمال؟ وإلى أي مدى سيتم تطبيق أسلوب المركزية في اتخاذ القرارات، أو تفويض السلطة؟.

والإجابة عن الأسئلة السابقة تضعنا أمام أربعة قرارات محددة لازمة لتصميم الهيكل التنظيمي المناسب، وهذه القرارات يمكن إجمال محتواها في التالي:

أ- تقسيم العمل والتخصص (تصميم الأعمال):

يعد تصميم الأعمال من أهم قرارات تصميم الهيكل التنظيمي وأكثرها صعوبة، ويعتمد تصميم الأعمال على تحليل العمل لتحديد:

- محتوى العمل: ويتضمن مدى نطاق العمل (مدى تنوع مهام وواجبات العمل)، وعمق العمل (مدى الاستقلالية والحرية التي يتمتع بها من يقوم بالعمل).

- متطلبـات العمل: وتتضمن التأهيل والتعليم العلمي والخبرة والقدرات التي يتطلبها أداء العمل.
- ظروف العمل: وتشـمل الظروف المادية التي يتـم فيها أداء العمل (الإنارة والتهوية والاتسـاع والحركة والضوضاء)، والظروف غير المادية (مدى المسـئولية والمسـاءلة والإشراف).
- علاقـات العمل: وتشـير إلى العلاقـات المتبادلة والضرورية بـين الأفراد لإنجاز العمل.

ب- تجميع الأعمال (تكوين الوحدات التنظيمية):

بعد أن يتم تقسـيم العمل وتحديد الوظائف والأعمال المتخصصة التفصيلية يلزم دمجها وتجميعها في وحدات تنظيمية وتعيين شخص محدد للإشراف عليها. وقد سبق الإشارة إلى الأسس والمعايير التي يتم على أساسها تجميع الأعمال (التجميع الوظيفي، وعلى أسـاس المنتج، والمنتفعين، والتجميع الجغرافـي، والتجميع المركب، والمصفوفي، وفـرق العمل)، والتي تم توضيـح مزاياها وعيوبها من قبل. ولا يوجد أسـاس واحد مثالـي يصلح لجميع المنظمات وفي كل الأحوال، ولكن تختار المنظمة الهيكل التنظيمي المناسب المبني على أساس تجميع ملائم يمكنها من تحقيق أهدافها.

ج- نطاق الإشراف (التمايز الراسي):

نطاق الإشـراف يحدد عدد المرؤوسين الذين سيشـرف عليهم الرئيس أو المدير. ونطاق الإشـراف يؤدي دوراً مهماً في تقرير شكل الهيكل التنظيمي، وخاصة بالنسبة لتحديد عدد المسـتويات الإدارية. وتوجد علاقة عكسية بين عدد المستويات الإدارية ونطاق الإشـراف، فكلما ضاق نطاق الإشراف زاد عدد المستويات الإدارية في الهيكل التنظيمي، والعكس صحيح.

د- السلطة (تحديد علاقات السلطة):

ويشمل ذلك تحديد العلاقات الرأسية بين الرؤساء والمرؤوسين، والعلاقات الأفقية فيما بين الرؤسـاء في الوحـدات التنظيمية المختلفة. ويقتضـي ذلك توزيع وتحديد السـلطات والمسـئوليات بمنتهى الدقة والوضوح وبما يسـاعد علـى تحقيق أهداف المنظمة. وتنقسم السلطات في المنظمات إلى ثلاثة أنواع هي:

- **السلطة الوظيفية:** ويقصد بها درجة الخبرة والمهارات الفنية والإدارية التي يتمتع بها صاحب القرار، وهذه السلطة تعطي لصاحبها الحق في إصدار الأوامر في نطاق تخصصه.
- **السلطة التنفيذية (المباشرة):** وتتضمن الحق في إعطاء الأوامر التي تنفذ بها القرارات، وتستمد قوتها من الموقع الذي يحتله المدير في الهيكل التنظيمي، وتأخذ شكل انحدار الأوامر من أعلى لأسفل (تسلسل الأوامر).
- **السلطة الاستشارية:** وهي سلطة مساعدة تقتصر على مجرد إبداء الرأي والمشورة في موضوع متخصص، وذلك من خلال فرد (مستشار) أو إدارة تتبع مباشرة المدير العام.

ومن العوامل الواجب مراعاتها في تحديد السلطات ما يلي:

- وحدة الأمر أو القيادة.
- توازن السلطة والمسئولية.
- تفويض السلطات بشكل فعال ومناسب.
- تحقيق القدر اللازم من درجة اللامركزية، أو تحقيق القدر المناسب من التوازن بين المركزية واللامركزية في ضوء ظروف واحتياجات تحقيق الأغراض التي تسعى المنظمة لتحقيقها.

ثانياً - الخرائط التنظيمية Organizational Charts:

تعد الخرائط التنظيمية إحدى الأدوات المهمة للتنظيم، وهي عبارة عن شكل من الأشكال البيانية أو الأشكال الهندسية التي توضح العلاقات الرسمية في المنظمة، أو بمعنى آخر تعتبر الخرائط التنظيمية ترجمة بيانية مفهومة لعلاقات السلطة والمسؤولية بين مجموعة الأفراد والنشاطات في المنظمة. وتستخدم الخرائط التنظيمية للتعبير عن تركيب التنظيمات الإدارية والتي لا يمكن التعبير عنها بوضوح شفاهة. وتحتوي الخرائط التنظيمية على الرسم البياني للوظائف والاختصاصات، والأقسام والمراكز التنظيمية وأنواعها والعلاقات المتداخلة بينها، وتحديد علاقات الأفراد بعضهم ببعض، وعدد المستويات الإدارية. ويتم التعبير عنها بأشكال هندسية (مربعات) تربط بينها خطوط انسياب السلطة بأنواعها (وظيفية أو استشارية) وشبكة الاتصالات التنظيمية.

وتحقق الخرائط التنظيمية الفوائد التالية [٥٩]:

- تحديد إطار المنظمة والوحدات الإدارية فيها والوظائف التي تتكون منها هذه الوحدات.
- بيان كيفية تقسيم العمل.
- توضيح خطوط السلطة والمسئولية.
- توضيح العلاقات بين مختلف الأقسام والإدارات.
- تحديد عدد المستويات الإدارية.
- تعريف الموظف برئيسه المباشر وتعريف الرئيس بالمرؤوسين التابعين له.
- اكتشاف الأوجه المعيبة في التنظيم ومناطق ازدواج الأداء ونقاط الصراع المحتمل داخل التنظيم.

أما أهم عيوب الخرائط التنظيمية فهي:

- لا توضح مدى السلطة (القوة) في كل مستوى إداري.
- لا تظهر العلاقات غير الرسمية ولا الاتصالات التي تتم خارج التنظيم الرسمي للمنظمة على الرغم من أهميتها.

ويمكن تقسيم الخرائط التنظيمية إلى نوعين أساسيين هما:

- الخرائط التنظيمية الرئيسية: وتظهر الصورة الشاملة للتنظيم الإداري بالمنظمة متضمنةً الإدارات والأقسام والوحدات، والعلاقات بين هذه الوحدات. ومن خلالها يمكن التعرف السريع على كل محتويات المنظمة من أنشطة وإدارات دون الدخول في التفصيلات.
- الخرائط التنظيمية المساعدة (التكميلية): وهي التي توضح وتفصل الاختصاصات والتقسيمات وتوزيع العمل والمسئوليات والعلاقات بين كل قسم وإدارته والإدارات الأخرى.

وتختلف أشكال الخرائط التنظيمية تبعاً لاجتهادات مصممي التنظيم وأهداف المنظمات، وحسب توسع ونمو المنظمات. فكلما كان التنظيم صغير الحجم كانت الخرائط هرمية، وكلما زاد حجم التنظيم اختلفت الخرائط التنظيمية وأخذت أشكالاً تعكس توسع هذه المنظمات.

الأشكال المختلفة للخرائط التنظيمية:

١- **الخرائط التنظيمية الهرمية:** وهي الشكل التقليدي والبسيط والأكثر شيوعاً للخرائط التنظيمية. حيث تشير إلى عدد المستويات الإدارية بوضوح، وانسياب السلطة من أعلى لأسفل. وفيها تمثل قمة الهرم مستوى الإدارة العليا، ثم تأتي الوحدات التنظيمية الرئيسية (الإدارات)، ثم الوحدات الفرعية (الأقسام) في قاعدة الهرم. ويمثل ذلك التتابع المنتظم الذي يتفق مع تدرج السلطة. وتأخذ الخرائط الهرمية إما الشكل الهرمي الطويل أو الشكل المفلطح (المنبسط) والذي تم الإشارة إليهما من قبل.

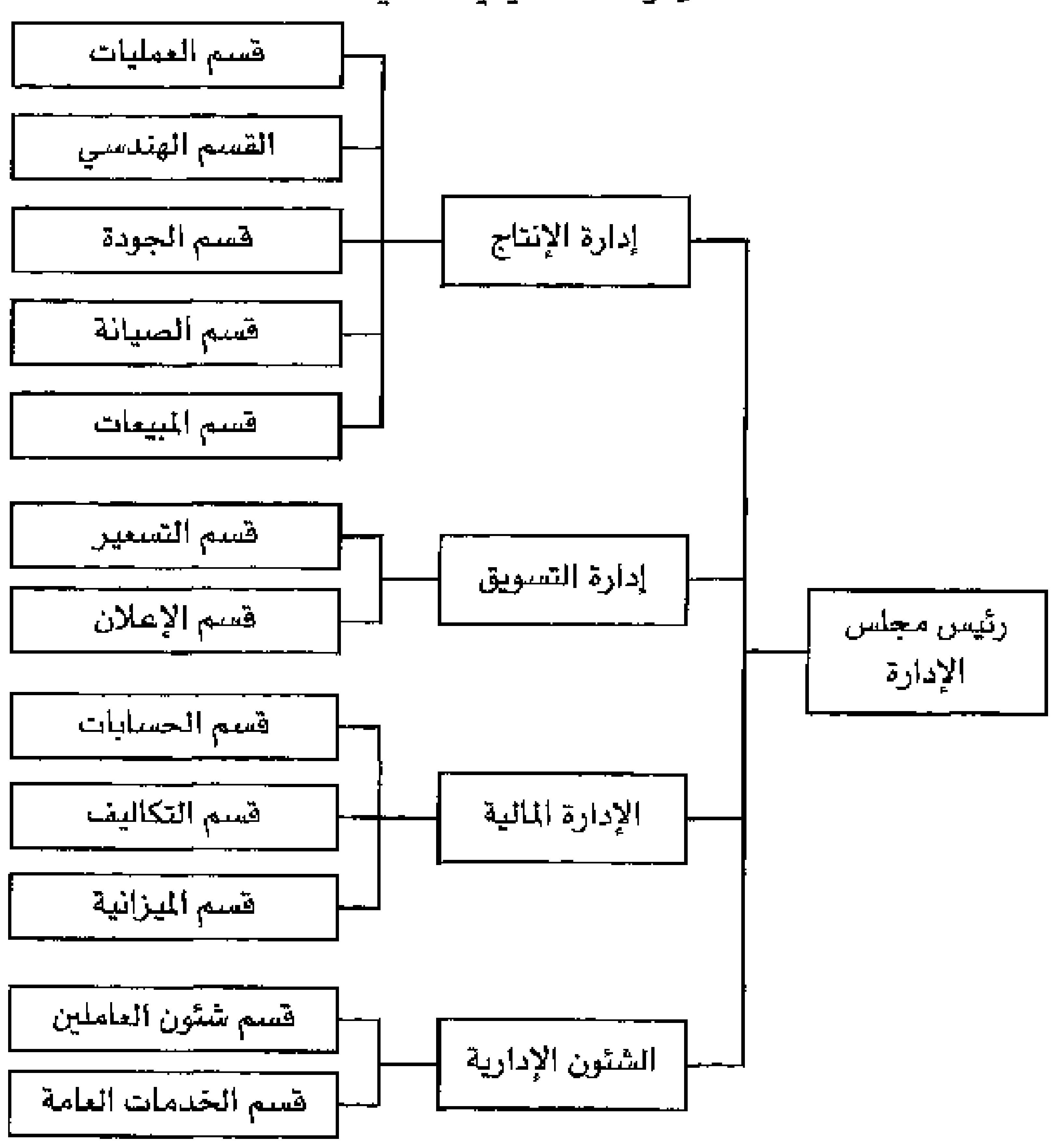
٢- **الخرائط التنظيمية الأفقية (من اليمين لليسار):** وتشكل تبعاً للتوسع في حجم المنظمة. وتكون فيها المستويات العليا في أقصى اليمين، ثم تأتي المستويات الإدارية المتتابعة من اليمين لليسار (شكل رقم ١-١٢).

٣- **الخرائط التنظيمية الدائرية:** ويتكون هذا الشكل من الخرائط التنظيمية من دوائر متعددة، حيث تمثل الدائرة الصغيرة في الوسط الإدارة العليا، وتمثل الدوائر الأكبر الإدارات الرئيسية، وما يتبعها من أقسام (شكل رقم ١-١٤). وتنقسم الخرائط التنظيمية الدائرية إلى:

٤- **الخرائط الدائرية المنتظمة:** وفيها تتدرج السلطة من وسط الدائرة إلى خارجها، أي أن الوظائف المهمة تحتل منتصف الدائرة، تليها الوظائف الأقل أهمية في الدوائر المتتالية الأكبر، وتقع الوظائف ذات الأهمية المتساوية على بعد متماثل من مركز أو وسط الدائرة.

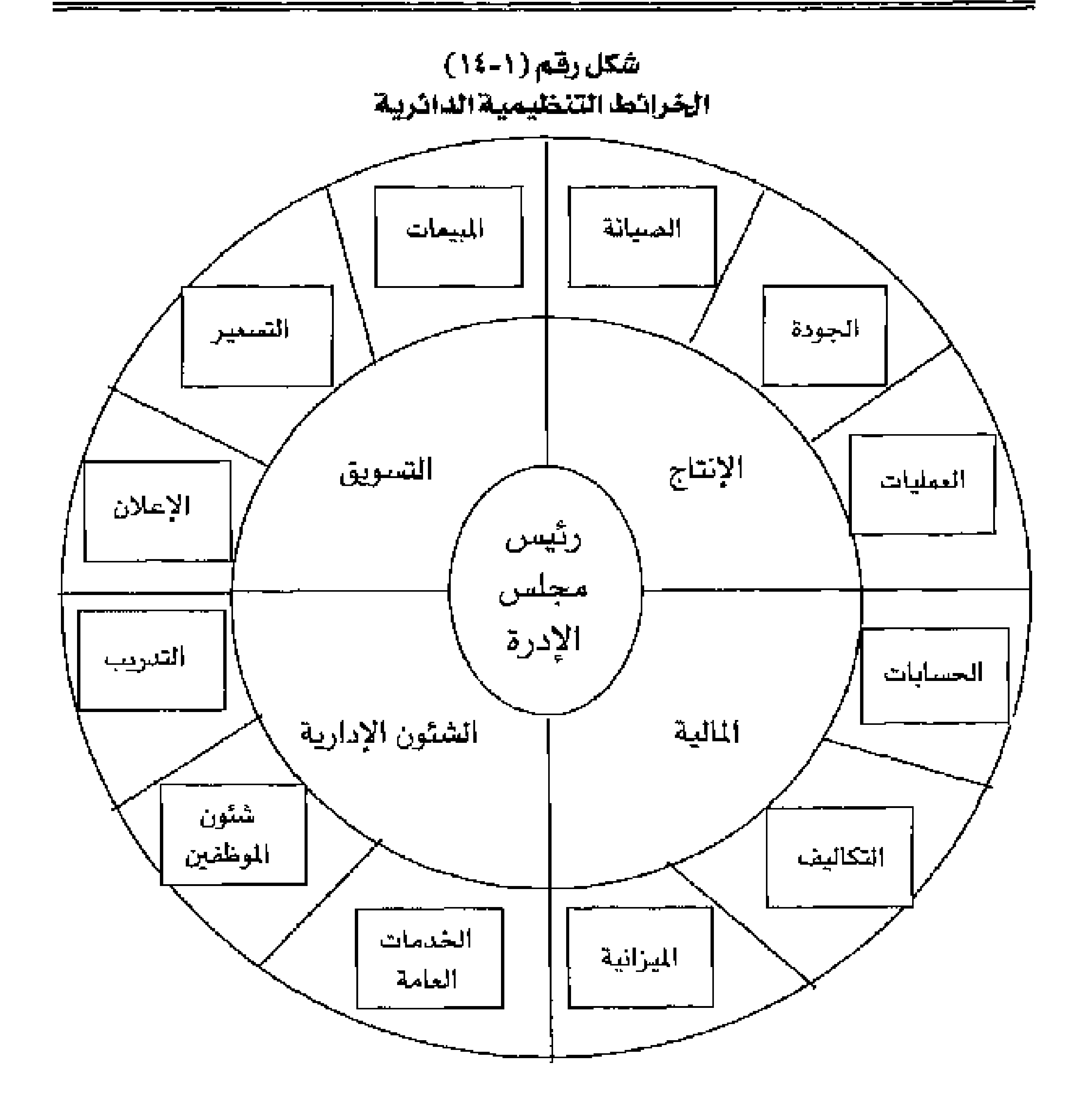
٥- **الخرائط الدائرية غير المنتظمة:** وفيها تأخذ كل وحدة إدارية شكل دائرة منفصلة. وتختلف مساحة كل دائرة وفقاً لأهمية الوحدة الإدارية وموقعها في الهيكل التنظيمي. ويعبر عن العلاقات بين هذه الوحدات بخطوط تربط بين الدوائر المختلفة، والتي قد تتخذ في بعض الخرائط التنظيمية الدائرية ألواناً مختلفة يعبر كل لون عن الوحدات المتماثلة من ناحية السلطة.

شكل رقم (١-١٣)
الخرائط التنظيمية الأفقية



(المصدر (بتصرف): الصيرفي، محمد، التنظيم الإبداعي، ٢٠٠٥م. ص ١٢٤).

شكل رقم (١-١٤)
الخرائط التنظيمية الدائرية



ثالثاً - الأدلة التنظيمية Organizational Manuals:

تقوم بعض المنظمات بإعداد دليل شامل ومفصل يطلق عليه «دليل التنظيم» والذي يشتمل على رؤية ورسالة وأهداف المنظمة، والمستويات الإدارية واختصاصاتها، وتصنيف الوظائف الرئيسية بالمنظمة، مع توضيح الأسس والسياسات والإجراءات التي تتبع لأداء الأعمال. وأهم محتويات دليل التنظيم ما يلي [٦٠]:

- الأهداف العامة للمنظمة.
- تحديد السياسات العامة للمنظمة.
- تحديد الوظائف والمستويات الإدارية والأقسام بالمنظمة.
- بيان الأنشطة الرئيسية والنوعية للمنظمة.
- توضيح السلطة والمسئولية.
- الأساليب وإجراءات العمل لمختلف الأقسام بالمنظمة.
- توضيح عملية ووسائل الاتصال والإشراف والرقابة.

ومن هذا المحتوى نستطيع فهم أن الدليل التنظيمي يقدم معلومات ضرورية تساعد في مجال تدريب العاملين (وبالذات العاملين الجدد) في المنظمة وخاصة عندما يكون التدريب على رأس العمل، كما تقدم الأدلة التنظيمية معلومات مهمة لجهات الاختصاص الرسمية وللمنظمات الخارجية والأفراد المتعاملين مع المنظمة، وبما يسهل عملية التعامل معها.

ولا يعني الدليل التنظيمي ضمان نجاح الممارسة الإدارية بالمنظمة، أو هو الحل لمشاكلها التنظيمية، ولكنه بالتأكيد وسيلة مساعدة للمديرين والمسئولين والعاملين لتفهم طبيعة الأعمال التي تقوم بها المنظمة.

التنظيم غير الرسمي Informal Organization:

التنظيم غير الرسمي عبارة عن نظام معقد غير معلن من العلاقات الاجتماعية المتشابكة التي تنشأ بين مجموعة من الأفراد حتى وإن لم يكونوا يعملون معاً في إدارة أو قسم واحد داخل المنظمة، وذلك لإشباع حاجات أو أهداف محددة يعجز التنظيم الرسمي عن تحقيقها. ويجمع بين أفراد هذه المجموعة ميول وحاجات واتجاهات متشابهة، ويختارون من بينهم قائداً يتمتع بصفات شخصية تؤهله للقيادة فيطيعونه ويستمدون منه احتياجاتهم من المعلومات. وأهمية التنظيم غير الرسمي تكمن في تأثيره القوي والمباشر على إنتاجية الأفراد ورضائهم عن العمل شأنه شأن التنظيم الرسمي.

والتنظيم غير الرسمي غير محدد الشكل؛ لأنه يعتبر بمثابة قواعد غير مكتوبة للسلوك الإنساني يصعب وضع هيكل تنظيمي لها، ونطاقه يتسع أو يضيق بزيادة أفراده، ويزداد صلابة بالترابط المتين بين أفراده كلما تعارضت أهداف المنظمة مع الأهداف

الشخصية لأفراد المنظمة، أو عندما يضعف التنظيم الرسمي. وينشأ التنظيم غير الرسمي بعد فترة من إنشاء التنظيم الرسمي، وذلك عندما يبدأ الأفراد – ومن خلال قيامهم بأداء الأعمال المطلوبة منهم – بتبادل الأحاديث ويتطور الأمر إلى اتخاذ مواقف موحدة ضد الإدارة وبعض جوانب التنظيم الرسمي، نتيجة لسوء تصرف المديرين في الأمور الإدارية التي تخصهم.

مصادر التنظيم غير الرسمي:

١- **الصلة الشخصية:** وهي علاقة تنشأ بين الأفراد لأسباب متعلقة بأشخاصهم، وكنتيجة للمجاملات والالتزامات والمديونيات وغيرها، والتي تؤدي إلى مشاعر الولاء والشعور بالمعروف والجميل تجاه بعضهم. ويتميز أي تنظيم قائم على الصلة الشخصية بوجود خطوط سلطة واتصالات متساوية بين أعضائه.

٢- **الصلة الوظيفية:** وهي تلك الصلة التي تنشأ بسبب علاقات العمل المباشرة بين مدير مثلاً وزملائه المديرين أو الموظفين في جميع المستويات الإدارية، ومن ثم يتكون تنظيم غير رسمي بينه وبينهم يكون هو على رأسه.

٣- **مركز النفوذ:** قد يتمتع بعض أفراد التنظيم الرسمي بخبرة أو علم أو مال أو يكون قريباً لأحد ذوي النفوذ مما يجعل بعض العاملين يتقربون إليه رغبة في استرضائه، وبذلك يتحول هذا الشخص إلى مركز قوة داخل المنظمة مشكلاً تنظيماً هو في طبيعته غير رسمي.

٤- **الحاجات الاجتماعية:** يميل الإنسان بطبيعته إلى الاختلاط الاجتماعي من أجل تحقيق رغباته في الظهور وتحقيق الذات وتبادل مشاعر الاحترام والمودة مع الآخرين.

٥- **عوامل التهديد والضغط:** تؤدي تصرفات بعض المديرين الأشداء وغير المتفاهمين مع المرؤوسين – والذين لا يملكون إلا سلطة الجزاءات والعقاب أو التهديد به – إلى اتحاد المرؤوسين واتخاذهم مواقف محددة ومشتركة غير رسمية ومعادية تجاه هؤلاء الرؤساء.

٦- **ظروف العمل السيئة:** وتشمل جوانب مختلفة مادية ومعنوية داخل بيئة المنظمة مثل: صعوبة الحصول على إجازات وانخفاض الأجور، وظروف التهوية والتدفئة والإضاءة والغبار والضجيج، وعدم توافر الخدمات الصحية والاجتماعية والترفيهية. وكل هذه الظروف قد تؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح وانخفاض الروح المعنوية

لدى الأفراد المنظمة، وتهيئ الظروف لتكوين التنظيمات غير الرسـمية للمطالبة بتحسـين ظروف العمل، وبالتالي تصبح هناك جماعة في مواجهة الإدارة لتحقيق مطالبها.

خصائص التنظيم غير الرسمي:

يتصـف التنظيـم غير الرسـمي في المنظمـات عادة بعدة خصائـص مميزة من أهمها:

- التعـدد: فقـد يوجد في نفس المنظمة عدة تنظيمات غير رسـمية بحسـب تجمع الأفراد حول مصالحهم الشخصية المتشابهة.
- القيـادة: بمجـرد ظهور التنظيم غير الرسـمي يبرز شـخص فـي الجماعة ذات المصالح المشتركة ليحتل مركز القيادة لهذه الجماعة لما يتمتع به من خبرة أو جاه أو احترام.
- الأهداف المحددة: لكل مجموعة غير رسمية أهداف محددة تحدد نشاطها، وتحافظ على تماسكها، وتجنبهم الصراعات الداخلية.
- البناء التنظيمي: الجماعات غير الرسـمية أكثر تعقيداً من التنظيم الرسـمي من الناحية التنظيمية. ففي التنظيم غير الرسـمي يعتمـد البناء التنظيمي على تأثير الأفراد بعضهم على بعض من خلال المركز والقوة والصداقة أو الكراهية. بمعنى أن قبول فرد لرأي فرد آخر يخضع في كل حالة لدرجة الود أو التنافر بينهما.
- صغـر الحجم: الجماعات غير الرسـمية تميل عادة إلـى صغر الحجم لإتاحة قوة التفاعل والتلاحم والتماسك بين أفرادها.

الإدارة والتنظيم غير الرسمي:

لا تستطيع إدارة المنظمة تحقيق أهدافها من خلال التنظيم الرسمي فقط، بل يجب عليها أن تعترف بأهمية الدور الذي تقوم به التنظيمات غير الرسمية وأن تتعامل معها بالشـكل الذي يحقق التوافق ولو نسـبياً بين أهداف الطرفين أو التنظيمين الرسمي وغير الرسـمي. فالتنظيم غير الرسـمي الذي له أهداف مشروعة ومعنوية يجب أن يسـتفاد منه لمصلحة المنظمة. أما إذا نتج عن سـلوك جماعات التنظيم غير الرسمي إخلال بمصلحة المنظمة فهنا يلزم اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة لحساب من يخطئ، بمعنى أنه يجب التفريق بين التنظيم غير الرسـمي الإيجابي والذي يوفر لأفراده نوعاً

من الإشـباع للاحتياجات الفردية والتماسـك والتعاون، وذلك مما يجب أن يُسـتثمر لصالـح تحقيق أهداف المنظمة، وبين التنظيم غير الرسـمي السـلبي والذي ينحرف بأفراده عن المسار السليم للعمل بغرض تحقيق أهواء أو رغبات شخصية.

ويجب تأكيد حقيقة أنه كلما كان التنظيم الرسمي قوياً وعادلاً من حيث نظام العمل والمكافآت والأجور والحوافز المعنوية والعلاقات الاجتماعية والإنسـانية، ضعفت نشأة أو ظهور التنظيمات غير الرسمية، وحتى إن وجدت فستكون في هذه الحالة تنظيمات غير رسمية إيجابية تسهم في مساعدة المنظمة بطريقة غير مباشرة.

مراجع الفصل الأول:

١- هال، ريتشارد هـ.، المنظمات: هياكلها، عملياتها، ومخرجاتها، ترجمة سعيد بن حمد الهجري، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٢هـ/٢٠٠١م، ص ١٧.

2- Robbins Stephen P., Organizational behavior, 9th Edition, Prentice Hall, New Jersey, U.S.A., 2001. P. 5.

٣- جاد الرب، سيد محمد، إدارة منظمات الأعمال: إطار متكامل في ضوء المناهج الإدارية المعاصرة، كلية التجارة، جامعة قناة السويس، الإسماعيلية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٢/٢٠٠٣م، ص٢.

٤- هال، ريتشارد هـ.، ٢٠٠١م، مرجع سبق ذكره، ص ٨٣.

٥- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة منظمات الأعمال: منهج متكامل في إطار الفكر الإداري التقليدي والمعاصر، مطبعة العشري، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م، الصفحات ٦-١٠.

٦- هال، ريتشارد هـ.، ٢٠٠١م، مرجع سبق ذكره، الصفحات ١٠١-١٠٢.

٧- عيد، فتحي هيبة، أصول التنظيم والإدارة، جامعة قناة السويس، الإسماعيلية، جمهورية مصر العربية، ١٩٨١م، الصفحات ٢٣-٢٥.

٨- خاطر، أحمد مصطفى، الإدارة وتقويم مشروعات الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٠م، ص ١١.

٩- الصيرفي، محمد، أصول التنظيم والإدارة: النظريات والأنماط الإدارية، الطبعة الأولى، سلسلة كتب المعارف الإدارية - الكتاب الأول، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م، ص ٩.

10- Appley, Lawerence A., Management The Simple Way, American Management Association, January 1993. P. 597.

11- Haimann, Theo, Professional Management, Houghton Mifflin, Boston, U.S.A., 1962. P. 1.

12- McFarland, Dalton E., Management: Principles and Practices, 2nd Edition, Macmillan, New York, 1964. P. 1.

13- Koontz, Harold and O'Donnell, Cyrill, Principles of Management, McGraw-Hill, New York, U.S.A., 1964. P. 1.

١٤- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة منظمات الأعمال، ٢٠٠٥م، مرجع سبق ذكره، ص ٢.

15- Terry, George R., Principles of Management, Homewood Ill, Irwin, 1964. P. 52.

16- McFarland, Dalton E., 1964. P. 3.

17- Davis, Ralph C., Fundamentals of Top Management, Harper, New York, U.S.A., 1951. P. 6.

18- Dale, Ernest, from an unpublished address given at a Management Theory Seminar, UCLA, Los Angeles, U.S.A. November 1962. quoted in McFarland. P. 5.

١٩- عباس، علي، أساسيات علم الإدارة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ١٤٢٥هـ/٢٠٠٤م، ص ٣٦.

20- Samuel, C., Principles of Modern Management: Functions and Systems, Fourth Edition, Allyn and Bacan press, Boston, U.S.A., 1989. P. 17.

21- George, R. Wren, Modern Health Management, University of Georgia Press, Athens, U.S.A., 1974. P. 6.

٢٢- برنوطي، سعاد نائف، الإدارة: أساسيات إدارة الأعمال، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠١م، ص ٢٧٦.

٢٣- عثمان، محمد مختار، مبادئ الإدارة العامة، دار النهضة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٠م، ص ١٢.

24- Koontz, Harold and O'Donnel, 1964. P. 105.

25- Hodgetts, Richard and Cascio, Dorothy, Modern Health Care Administration, Academic Press Inc. N.Y., U.S.A., 1983. P. 136.

٢٦- الهواري، سيد، التنظيم: الهياكل والسلوكيات والنظم، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٢م، ص ٢٧٦.

٢٧- الصيرفي، محمد، التنظيم الإبداعي، الطبعة الأولى، سلسلة كتب المعارف الإدارية -الكتاب الأول - الجزء الثالث، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م، ص ٩.

٢٨- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة منظمات الأعمال، ٢٠٠٥م، مرجع سبق ذكره، ص ٢٨٣.

٢٩- عقيلي، محمد وصفي، الإدارة: أصول وأسس ومفاهيم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ١٩٩٧م، ص٢٧٨ .

٣٠- صابر، محمد عبد العظيم، وتعيلب، خالد عبد المجيد، إدارة الموارد البشرية (مدخل معاصر)، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠١٠م، ص ٨٠.

٣١- صالح، محمد فالح، إدارة الموارد البشرية: عرض وتحليل، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٤م، ص ٤٢-٤٣.

٣٢- أبو شيخة، نادر أحمد، إدارة الموارد البشرية: إطار نظري وحالات عملية، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠١٠م/١٤٣١هـ. ص ٨٥-٩٠.

٣٣- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة منظمات الأعمال، ٢٠٠٥م، مرجع سبق ذكره. ص ٢٨٧.

٣٤- علاقي، مدني عبد القادر، الإدارة: دراسة تحليلية للوظائف والقرارات الإدارية، الطبعة الأولى، الكتاب الجامعي - رقم ١، الناشر تهامة، جدة، المملكة العربية السعودية، ١٤٠١هـ/١٩٨١م. ص ٣١٧

35- Bernard Chester, The Functions of Executives, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, U.S.A., 1938. P. 256

٣٦- درة، عبد الباري وآخرون، الإدارة الحديثة: المفاهيم والعمليات، الطبعة الأولى، المركز العربي للخدمات الطلابية، عمان، الأردن، ١٩٩٤م، ص ٣١٦.

٣٧- السحيمات، ختام عبد الرحيم، مفاهيم جديدة في علم الإدارة، الطبعة الأولى، المؤلف، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠٠٩م، ص ٨٧.

٣٨- العلاق، بشير، أسس الإدارة الحديثة، دار اليازوري، عمان، الأردن، ١٩٩٩م، ص ٣١٦-٣١٨.

٣٩- السحيمات، ختام عبد الرحيم، مفاهيم جديدة في علم الإدارة، ٢٠٠٩م، مرجع سبق ذكره، ص ٩٠.

٤٠- طه، طارق، التنظيم: النظرية - الهياكل - التصميمات، الحرمين للكمبيوتر، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٦م. ص ١٨١.

٤١- بدوي، هناء حافظ، إدارة وتنظيم المؤسسات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٢م، ص ١٧٣.

٤٢- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م/١٤٢٨هـ. ص ١٩٨.

٤٣- حبتور، عبد العزيز صالح، مبادئ الإدارة العامة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠٠٩م/١٤٣٠هـ. ص ١٦٨-١٦٩.

٤٤- جاد الرب، سيد محمد، إستراتيجيات تطوير وتحسين الأداء، المؤلف، الإسماعيلية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩م، ص ٤٦٨.

٤٥- أبو الخير، كمال حمدي، أصول الإدارة العلمية، مكتبة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٧٤م، ص ١٠٣.

٤٦- الصيرفي، محمد، التنظيم الإبداعي، ٢٠٠٥م، مرجع سبق ذكره، ص ٣٨.

47- Stoner, James A., Management, Prentice-Hall Inc., Engewood, U.S.A., 1978. P. 223.

48- Gibson, James L. & Ivanovich, John and Donnelly, James Jr., Organization: Behavior and Processes, IRWIN, Boston, Massachusetts, U.S.A., 1994. PP. 5-6.

49- Appleby, Robert C., Modern Business Administration, 3rd Edition, Pitman Publications Ltd., London, U.K., 1984. P. 75.

50- Mintzberg, Henry, The Structure of Organizations: A Synthesis of The Research, 1st Edition, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A., 1979. P. 2.

٥١- درة، عبد الباري وآخرون، الإدارة الحديثة، مرجع سبق ذكره، ١٩٩٤م، ص ١٧٢-١٩٦.

52- Davis, Keith, Human Behavior at Work, 6th Edition, New Delhi, Tat-Mccraw - Hill Publishing Company, 1981. P. 4.

٥٣- الرفاعي، محمد سليمان، تطوير الهيكل التنظيمي لوزارة الزراعة في ضوء مستلزمات تنفيذ السياسات الزراعية الحديثة، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، اليرموك، الأردن، ١٩٩٨م، ص١٥.

٥٤- حريم، حسين، إدارة المنظمات: منظور كلي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٣م، ص ١٠٧.

55- Dessler, Gary, Organization Theory: Integrating Structure and Behavior, 2nd Edition, Prentice-Hall Inc. N.Y., U.S.A., 1989. P. 180.

٥٦- طه، طارق، ٢٠٠٦م، مرجع سبق ذكره، ص ٢٤٣.

57- Hodge, B.J. and Anthony William P., Organization Theory: A Strategic Approach, 4th Edition, Allen and Bacon, Boston, Massachusetts, U.S.A., 1991. PP. 291-292.

58- Child, John, Organization Analysis: A Guide to Problems and Practices, 2nd Edition, EIBS, London, U.K., 1985. P. 5.

٥٩- يونس، عبد الغفور، تنظيم وإدارة الأعمال، دار المعارف، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٦٥. ص ١٣٩.

٦٠- منصور، علي محمد، مبادئ الإدارة: أسس ومفاهيم، الطبعة الأولى، مجموعة النيل العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٩م، ص ١٩٢.

الفصل الثاني
طبيعة وسمات الخدمات الصحية

تمهيد:

تم الإشـــارة في الفصل السابق إلى أن عملية «التنظيم» هي التي تقدم لنا الوسائل التي يســـتطيع الأفراد بمقتضاها العمل بطريقة جماعيـــة وبفعالية لتحقيق الأهداف المحددة من قبل الإدارة العليا، ولذلك لا يعد التنظيم هدفاً في حد ذاته، ولكنه وسيلة لتحقيق الأهــداف. وتتغير عملية التنظيم من منظمة لأخــرى تبعاً لاختلاف طبيعة، وحجم، وأهــداف، والهيكل التنظيمي للمنظمة. لذلك فمن الطبيعي والمطلوب أن تتم هيكلة المنظمة تنظيمياً لكي تســتجيب لأهدافها، وأيضاً لكي تستجيب للتغيرات التي تحدث في بيئة العمل التي تتواجد فيها المنظمة. وسوف يتم التعرض في هذا الفصل لطبيعة وســمات الخدمات الصحية لفهم المتطلبات التنظيمية التي يلزم مراعاتها في عملية تنظيم المنظمات الصحية.

ونبــدأ بالقول بأن الإدارة الصحية قد اكتســبت أهمية كبيرة بوصفها علماً متميزاً فــي العقود الســابقة نظراً للتغيرات الســريعة التي حدثت في جميــع مناحي الحياة بصفــة عامة، وفي مجال الخدمات الصحية بصفة خاصة، فقد تعددت ألوان الرعاية الصحيــة التي تقدم في المجتمعات المتقدمــة، وزاد الطلب عليها، بالإضافة إلى تزايد عدد السكان والفئات الاجتماعية التي أصبحت تتمتع بأشكال مختلفة من هذه الرعاية. ففي الماضي مثــلاً كانت الخدمات العلاجية غير المجانية التي تقدمها المستشــفيات مقصــورة على الفئات القادرة على دفع تكلفــة العلاج، وتحول الوضع الآن بعد إدخال نظــم متعددة للتأمين الصحي لصالــح العاملين في المنظمات الحكومية والخاصة إلى أن يتمتــع بهذه الخدمــات فئات جديدة لم تكن قادرة فــي الماضي على تحمل نفقات هذه الرعايــة الصحية. بالإضافة إلى تعقد العمليــة الإدارية في المنظمات الصحية بعد إدخال مفاهيم تحســين الجودة، واحتواء التكلفــة، والإنصاف والعدالة في توزيع الخدمات الصحية وســهولة الحصول عليها واستمراريتها، وتطبيق الأساليب العلمية والرياضية في إدارة المنظمات الصحية، وإدارة الاستخدام، والرقابة على الأداء، وزيادة التخصصــات الطبية وتعقدها، إلــى جانب التطور الكبير والمســتمر في التكنولوجيا الطبية وارتفاع أســعارها باســتمرار، واحتياجات الفندقة الطبية مما أدى إلى تحول

الرعاية الصحية من خدمة فقط تقدم للمواطنين إلى خدمة قائمة على صناعة طبية ضخمة لها العديد من المدخلات والموارد البشرية وغير البشرية لتحقيق الهدف الأسمى لكل نظام صحي، ذلك الهدف هو تحسين المستوى الصحي للمواطنين من أجل تحقيق مستوى أعلى من الرفاهية لهم.

وتتميز الخدمة الصحية بأنها ترتبط مباشرة بحياة الإنسان وصحته ومستوى جودة حياته، ولذا تأتي على رأس الخدمات التي تعمل في بيئة ديناميكية نتيجة للتعامل المباشر مع الناس، والبحث عن أفضل الطرق لتلبية ما يحتاجون إليه من خدمات صحية متعاظمة ومتغيرة بتغير نمط حدوث وانتشار الأمراض والتقدم العلمي الهائل في المعرفة الطبية ووسائل التشخيص والعلاج لمكافحة هذه الأمراض. وتهدف الدول على الدوام من خلال خططها للتنمية الاجتماعية والاقتصادية إلى تحقيق غايات الارتقاء بمستوى جودة معيشة مواطنيها، وذلك من خلال الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين.

الخدمات الصحية والتنمية Development and Health Services:

تعتبر العلاقة بين صحة الشعوب وتطورها الاقتصادي والاجتماعي نوعاً من العلاقات المعقدة للغاية، فالصحة هي قبل كل شيء هدف من أهم أهداف التطور الاقتصادي والاجتماعي. وهي في الوقت نفسه تعد «حقاً أساسياً» لجميع الشعوب. علاوة على أن التطور الاقتصادي والاجتماعي ليس غرضاً في حد ذاته، بل وسيلة لزيادة رفاهية الشعوب – ومن ذلك تحسين المستوى الصحي – وأن المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان تحتم أن يكون لموضوع الصحة والمرض مكان بارز ضمن المسائل التي يجب إعطاؤها عناية خاصة. وقد حددت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٩م إستراتيجية لتحقيق الصحة للجميع في جميع البلدان وخاصة في البلدان النامية تعتمد على اعتبار أن إنشاء شبكة تضم الحد الأدنى للخدمات الصحية الأساسية عملية جوهرية تسبق ما عداها من العمليات، وتكون التنمية الزراعية والصناعية بدونها محفوفة بالمخاطر، وبطيئة، وغير اقتصادية، ويتم تنفيذ هذه الإستراتيجية بالعمل المنسق في القطاع الصحي والقطاعات الاجتماعية والاقتصادية المتصلة به[١]. وبعبارة أخرى فإن الصحة ليست ثمرة أو نتيجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية فحسب، بل هي أيضاً وسيلة – إلى جانب وسائل أخرى – لبلوغ الأهداف المرجوة لتحقيق رفاهية الشعوب [٢].

وقد تطور دور الدولة في العصر الحديث تطوراً جوهرياً، وزادت مسئولياتها تجاه أفـراد المجتمـع ككل. وكان من نتيجة هذا التطور تزايـد الاهتمام بقطاع الخدمات بمختلف أنشـطته وذلـك لتوفير الرفاهيـة الاجتماعية للمواطنين، ولـم يعد الأمر قاصـراً على الاهتمام بالقطـاع الإنتاجي فقط بل زاد الاهتمام بالقطاعين معاً وعلى المسـتوى نفسـه؛ لأن تحقيق أهداف القطاع الخدمي يؤدي فـي النهاية إلى تحقيق أهـداف القطاع الإنتاجي، والعكـس صحيح. ويمثل قطاع الخدمات في أي دولة من الدول النامية أو المتقدمة مطلباً مهماً لفئات المجتمع كلها، ولذا أولت الحكومات هذا القطاع الخدمي أهمية كبيرة من حيث زيادة الإنفاق عليه، أو توجيه مزيد من العناية والاهتمام والإشـراف والرقابة المستمرة، وذلك لضمان تحقيق الأهداف المرجوة منه بكفاءة وفاعلية.

ويمكن تقسيم الخدمات التي تقدمها الدولة من حيث النوع عموماً إلى [٣]:

أ - **خدمات إنتاجية**: وهي الخدمات التي تدعم الهيكل الاقتصادي للدولة، وتسـاعد علـى زيادة معـدلات الإنتاج بصورة أفضل. ومن أمثلـة هذه الخدمات: خدمات المرافق العامة، والنقل والمواصلات ... وغيرها.

ب- **خدمات التنمية الاجتماعية**: وهي الخدمات التي تسـتهدف تحسـين المسـتوى الاجتماعي للمواطنين لتنعكس على زيادة الإنتاجية من حيث النوع أو الكم. وتمثل هذه الخدمات طلباً أساسـياً وملحاً لبلـدان العالم النامي، إذ إنها أكثر حاجة إلى هذه الخدمات من الدول المتقدمة والتي سـبقت كثيراً في هذا المجال. ومن أمثلة هذه الخدمات: خدمات التعليم، والصحة، والتربية الثقافية والدينية والرياضية... ونحوها.

كما يمكن تقسيم الخدمات تبعاً لنوع الإنفاق إلى:

أ - **الخدمات الخاصة**: وهي الخدمات التي تمول من إنفاق الأفراد على ما يخصهم من مشروعات استهلاكية أو استثمارية، وحيث يكون الهدف الأساسي منها هو تحقيق الربح، وما يترتب على هذه النفقات يسمى بالخدمات الخاصة.

ب- **الخدمات العامة**: وهي تعرف بأنها «مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شـخص عام بقصد تحقيـق نفع عام»[٤]. وتتولى الأجهزة الحكومية ومؤسسـات الدولة هذه النفقات لإشباع حاجات ورغبات جميع أفراد المجتمع، ولا يعتبر الربح الهدف النهائي منها. أي أنها تخدم عامة المواطنين ومن ثم يطلق عليها الخدمات العامة.

ويطلق على المنظمات التي تقوم بأداء الخدمات العامة منظمات الخدمة العامة. وتتحمل هذه المنظمات عبئاً كبيراً في سبيل القيام بوظائفها، بسبب تطور وتعدد الخدمات التي تقدمها الدولة للمواطنين في العصر الحديث، مما أدى إلى زيادة نشاطها وكبر حجمها بدرجة كبيرة. وطبقاً للإحصاءات الحكومية في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال بلغت إنتاجية قطاع الخدمات في السنوات العشر الأخيرة ما يقرب من ٧٤٪ من إجمالي الناتج السلعي بها [٥]، كما اتضح من الدراسات في مجال اقتصاديات الصحة أن الخدمات الصحية في البلاد المتقدمة ينفق عليها ما بين ٥ – ١٠٪ من الدخل القومي لهذه البلدان [٦].

وهذه المنظمات الخدمية – بصفة عامة – لها بعض الخصائص والتي يمكن استخدامها في التفريق بينها وبين المنظمات الإنتاجية، والتي يمكن توضيحها من خلال الجدول التالي [٧]:

جدول رقم (٢-١)
الفروق العامة بين المنظمات الخدمية والمنظمات الإنتاجية

بنود المقارنة	المنظمات الخدمية	المنظمات الإنتاجية
المنتج	غير ملموس	مادي ملموس
القياس	غير قابل للعد والقياس بسهولة	قابل للعد والقياس
التقييم	تعقد عملية التقييم لاعتبارات نفسية وسلوكية	سهولة التقييم وتحديد الانحرافات
التخزين	غير قابل للتخزين حيث تستهلك الخدمة في الحال	قابل للتخزين
البيع المباشر	البيع المباشر فقط	من خلال الوسطاء وتجار الجملة والتجزئة، ويمكن البيع المباشر
الملكية	خاصة وعامة الحكومية منها عامة فقط	خاصة وعامة
العوامل المؤثرة	تعتمد كفاءة الخدمة على كفاءة طرفي الخدمة (مقدم الخدمة ومتلقيها)	كفاءة الإنتاج كفاءة التسويق كفاءة البيع كفاءة الإعلان ... إلخ

ومنظمـات الخدمة العامة قد تكون منظمات حكومية مركزية، وقد تكون منظمات محليـة لامركزية، وتتكامل هـذه المنظمات لتحقيق الهدف منهـا وهو تقديم مختلف الخدمات العامة لمختلف الأفراد في المجتمع.

ومسـاهمة قطاع الخدمات في تحقيق التنمية الشـاملة للمجتمـع تتأتى من قيام كل عنصـر مـن عناصر التنمية بتحقيق الهدف منه في توفيـر الرفاهية للفرد. فعن طريق الخدمات التعليمية يزداد وعي الفرد ويرتقي مستوى تفكيره، وتتكامل الخدمات الصحية مع الخدمات التعليمية في الحفاظ على صحة الفرد وصحة البيئة والمجتمع، وبناء الإنسـان القـوي الذي يعطي أعلى معـدل ممكن من الإنتاجيـة. ويؤدي قطاع الخدمات الصحية دوراً بارزاً وملموساً في هذا الشأن في الحفاظ على صحة الأفراد وصحـة المجتمع من خلال توفير الرعاية الصحيـة (علاجية ووقائية) لجميع الأفراد كحـق لهم، وإيماناً بأن الحفاظ على الصحـة يعتبر حفاظاً على أغلى وأثمن ما يملكه الإنسان. كما أن باقي الخدمات الدينية والثقافية والترويحية والرياضية ... وغيرها قـادرة على بناء الفرد اجتماعيـاً وتوجيهه نحو الأخلاق الفاضلة، والاتجاه نحو العمل الخلاق واستغلال الطاقات في الأعمال النافعة وكل هذه الخدمات تمس في جوهرها تنميـة العنصر البشـري، ومن الصعوبة فصـل الجوانب الاقتصاديـة عن الجوانب الاجتماعيـة في عملية التنمية الشـاملة للدولة، وبالتالي صعوبـة الفصل بين الدور الاقتصادي والدور الاجتماعي لقطاع الخدمات. فمن التجارب السـابقة في كثير من الدول النامية اتضح أن توجيه استثمارات متزايدة لعملية التنمية الاقتصادية لا يضمن أن تحقق هذه الاسـتثمارات أهدافها ما لم يكن ذلك في الإطار الاجتماعي والثقافي السـائد في المجتمع، مع مراعاة هيكل القيم ونسـق العادات والسـلوك العام لأفراد المجتمع واحتياجاتهم وتطلعاتهم الحقيقية [٨].

ويمكـن توضيح دور الخدمـات الصحية في التنمية من خـلال تحقيق هدفها في الحفـاظ على صحة الفرد والأسـرة، وتحسـين الصحة العامـة والاهتمام بالجوانب البيئية على النحو التالي:

أ- صحة الفرد والأسرة:

تعتبر رفاهية الإنسـان هي الهدف الأساسي لأي تخطيط اقتصادي واجتماعي في أي مجتمـع، ولذلك فـإن الهدف من التخطيط الصحي هو تحسـين وتطوير وتوجيه المزيد من مختلف أشـكال الرعاية الصحية للفرد. وتعتبر صحة الفرد جزءاً لا يتجزأ من صحة الأسرة باعتبار الأسرة وحدة متكاملة وذلك للأسباب التالية:

- الأسـرة ببنيانها ووظائفها تؤثر على نمط الصحة والمرض للفرد والمجتمع معاً؛ لأن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع.
- تمثـل الأسـرة وحدة متكاملة في مجـال الاعتماد على النفس فـي مواجهة المرض والوقاية منه. إذ الجزء الأكبر من الجهود الصحية يتم داخل الأسـرة قبل الاتصال بأي مؤسسة صحية أو طبيب خاص.
- تؤثر الحالة الصحية للأسـرة على نظام الأسـرة وعملها واتجاهاتها كما تؤثر على نوعية الحياة فيها.

ب- تحسين الصحة العامة والاهتمام بالجوانب البيئية:

تهتـم مختلف قطاعات الخدمات الصحية بوضع برامج تخطيطية ووقائية لحماية البيئة مـن التلوث والمخاطر الصناعيـة وخاصة في المناطـق الصناعية، والمزدحمة، والسـاحلية، والريفية. كما يعتبر توفير المياه الصالحة للشـرب، الوسـائل السـليمة للتخلص من الفضلات بجميع أنواعها، مع توفير المسـكن الصحي الملائم، من العوامل الأسـاسـية التي تساعد على الارتقاء بصحة البيئة وتحسـين الصحة العامة (٩). كما توجد عوامل أخرى يمكن بها النهوض بصحة البيئة مثل:

- توفير نظام فعال للإرشاد الصحي والتوجيه الوقائي لجميع الأفراد والمؤسسات.
- توفير ظروف العمل الصحية والتي تتمشى مع التخطيط الصحي السليم.
- إعطاء اهتمام متزايد للمشاكل الصحية بالمناطق غير الحضرية.
- إقامة المشروعات الصحية في المناطق البعيدة عن المناطق الآهلة بالسكان.
- تطبيق معاهدات السـلامة البحرية عند مرور السـفن وناقـلات البترول في المياه الإقليمية لكل دولة.
- الاهتمام بسلامة الأغذية وإعداد الكوادر الصحية في مجال البرامج الغذائية.

أبعاد مفهومي الصحة والمرض:

إن معرفتنـا الحالية عن صحة الإنسـان والأمراض التي يصـاب بها هي محصلة متراكمة لمساهمات عديدة من مختلف العلوم. فكل إنسان يهتم بصحته، سواء بطريقة مباشـرة أو غير مباشـرة، فردياً أو جماعياً، بوعي أو بلا وعي. والتمتع بحالة صحية جيدة يعتبر المطلب الأساسي لأداء الأنشطة اليومية المتعددة والمتعلقة بالمراحل المختلفة لحياة الإنسان. ومفهوم الصحة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بفكرة «جودة الحياة»، أو بمعنى

آخـــر مدى رفاهية الحياة التي يحياها، والتي تســتخدم أيضــاً للتعبير عن الإمكانات الوظيفيــة للفرد والمجتمع والدولة. ومن الواضح أن مــدى رضائنا عن حياتنا يعتمد على درجة إدراكنا – بصفة شخصية- لحالتنا الصحية، ولدرجة أن البعض يحدد ذلك بمقولة «إذا شعر فرد ما بأنه ليس في حالة صحية جيدة، فإن درجة رضائه عن بقية أمور حياته (المادية وغير المادية) بالضرورة تنخفض، وأحياناً تنعدم» (١٠). وعلى الرغم من هذه الأهمية للصحة في حياتنا، إلا أن تحقيق أهدافها ليس بالأمر الســهل بسبب طبيعتها وفهمنا لها، والذي يبدأ من الأساس بالاختلاف الكبير فيما يتعلق بتحديد ما هي الصحة ؟ وما هو المرض؟.

ففيمــا يتعلــق بتعريف الصحة نجد أنــه توجد صعوبة في تحديد تعريف شــامل للصحة نظراً لتعدد أبعادها، ولذلك لا يمكن تعريفها بدقة طبقاً للتعريف الكلاســيكي بأنها «مجرد الخلو من الأمراض» (١١). وباعتبار أن الصحة نقيض المرض؛ لأنه تعريف قاصر لا يفســر المعنى المقصود من مصطلح الصحة وأبعادها المختلفة. ولذا وضعت منظمة الصحة العالمية في دستورها الذي صدر عام ١٩٤٦ تعريفاً أكثر إيجابية يقضي بأن «الصحة هي حالة من اكتمال الســلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز» (١٢). ولقد أضيف بعد ذلك لهذا التعريف معنى مهمٌ هو القدرة على التمتــع بحياة منتجة اجتماعياً واقتصاديــاً (١٣). وقد اعتبر كثير من المفكرين أن هذا التعريف أعطى فكرة مثالية عن الصحة لا يمكن تحقيقها، وأنه هدف أكثر منه تعريفاً. إلا أن الغرض من هذا التعريف هو تحقيق أعلى مســتوى من المعيشــة لجميع شرائح السكان. وقد جرت محاولات عديدة لمحاولة قياس الصحة بطريقة كمية أسفرت عن بعض الحلول في هذا المجال (١٤)، إلا أنه مازالت عملية القياســات الخاصة بالجوانب الجســمانية والعقلية للصحة تقاس بمؤشــرات نقيض الصحة، أي مؤشــرات المرض والوفاة.

أما فيما يتعلق بتعريف الصحة العامة والتي تتعلق بصحة المجتمع ككل، أي مجموع صحــة أفــراده. أو بمعنى آخر فيمكن القول إن مجال الصحة العامة يتعلق بدراســة الصحة والمرض في مجتمع سكاني، وذلك بإحلال المجتمع محل الفرد. وتعرف «منظمة الصحة العالمية» (١٥). الصحة العامة بأنها علم وفن: الوقاية من الأمراض، وزيادة أمد العمر، وتحسين الصحة والكفاءة، من خلال الجهود المنظمة للمجتمع من أجل:

- إصحاح البيئة.
- مكافحة الأمراض المعدية.

- تثقيف الأفراد فيما يتعلق بالسلوك الصحي الشخصي.
- تنظيم الخدمات الطبية والتمريضية لغرض الاكتشاف المبكر والوقاية وعلاج الأمراض.
- تنمية الجهود الاجتماعية لضمان مستوى معيشي مناسب لكل فرد يمكنه من الحفاظ على صحته.

ورغم قدم هذا التعريف إلا أنه مازال يؤخذ به نظراً لشموليته وإمكانية احتوائه على كل ما يتعلق بالصحة العامة، ولربطه بين الخدمات الصحية والصحة ورفاهية أفراد المجتمع، وتلخيصه ليس فقط للصحة العامة وإدارتها، بل أيضاً لنموها من الناحية التاريخية للوقت الحالي واحتمالات الاتجاهات المستقبلية.

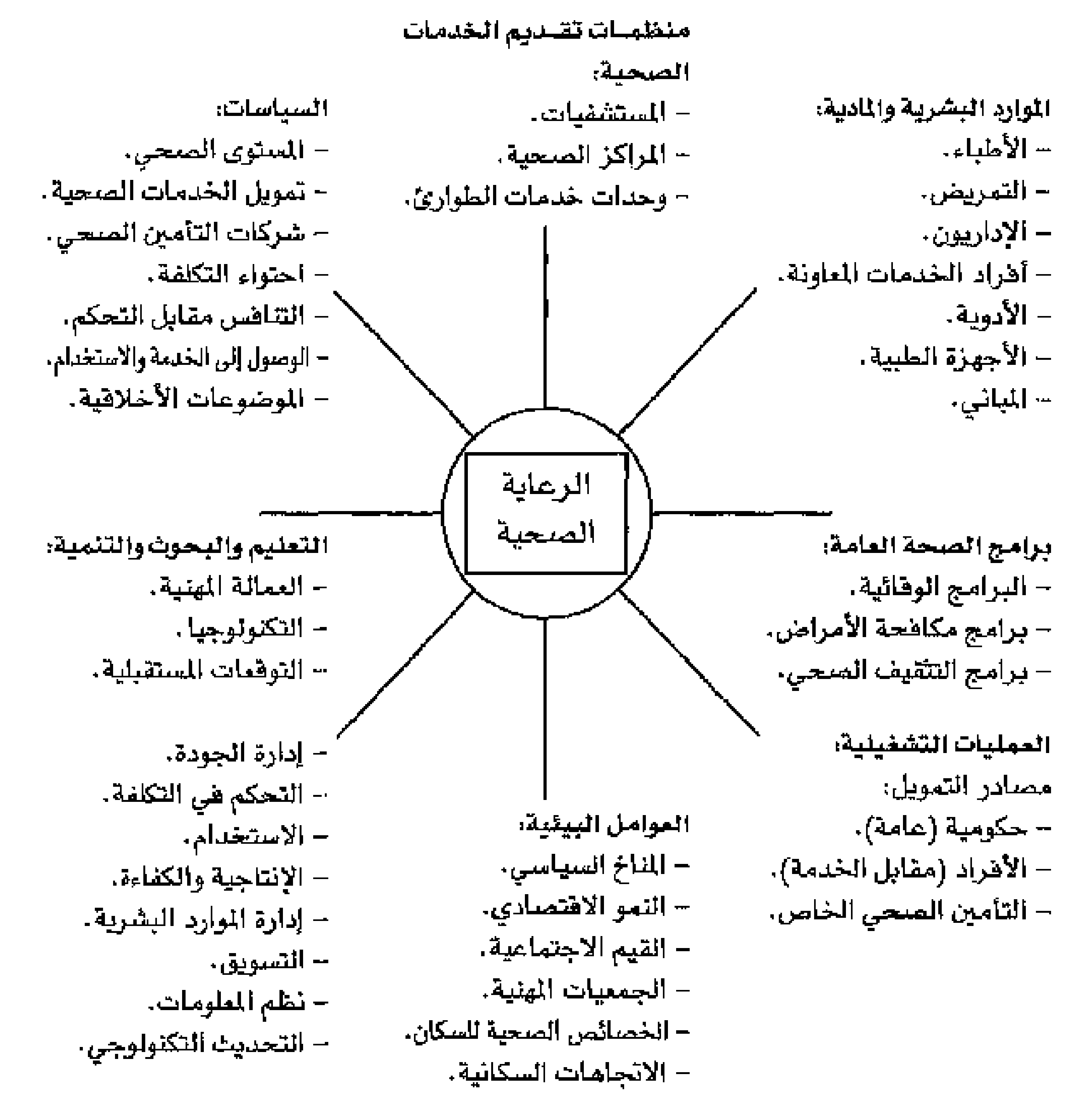
وبالنسبة لمفهوم المرض فإنه يلزم في البداية التفريق بين مصطلح المرض «Disease» ومصطلح الاعتلال «Illness». فيمكن تعريف الاعتلال بأنه «خبرة وإدراك عام شخصي له مدلول عن الحالة البدنية والاجتماعية» (١٦). بمعنى أنه تفاعل فرد ما مع اختلال بيولوجي بالجسم، ومن ثم يمكن تعريفه بطرق مختلفة تبعاً لاختلاف الأفراد المعرضين لهذا الاختلال، وتبعاً لحالتهم العقلية ومعتقداتهم الثقافية، وبالتالي فإن تعريف الاعتلال لا يتميز بالدقة لأنه يمثل استجابة الفرد لمجموعة من المؤثرات الفسيولوجية والسيكولوجية. كما يمكن تعريف المرض بأنه «تقدير علمي لحالة شخص من جهة محترف مهني كالطبيب» (١٧). وهذا التعريف الخاص بالمرض بالمقارنة بتعريف الاعتلال يعتبر أكثر موضوعية ودقة، ويعبر عن أعلى مستوى من المعرفة المهنية، كما يُستخدم وسيلةً لإعلام المريض عن وجود ظاهرة مرضية بالجسم، ووسيلة لاتخاذ قرار العلاج، وأساساً لتخطيط وتنظيم نظام الرعاية الصحية وفي تخصيص الموارد داخل هذا النظام.

الخدمات الصحية:

عند التعرض لموضوعات مثل الصحة، والرعاية الصحية، ونظام تقديم الرعاية الصحية ومكوناته المختلفة (المرضى، الأطباء، التمريض، المنظمات الصحية، الإدارة الصحية) نجد أنفسنا أمام موضوعات متشابكة ومعقدة ومتعددة الأبعاد. فهي متشابكة؛ لأنه لا توجد صحة بدون رعاية صحية يقدمها نظام صحي مناسب ومحدد. وهي معقدة؛ لأن التعريفات والقياسات المحددة للصحة غير بسيطة وغير مطلقة. وهي متعددة الأبعاد؛ لأن موضوع الصحة يؤثر ويتأثر بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية والسمات الفردية للإنسان.

والشكل رقم (٢-١) يوضح هذه العلاقة المتشابكة المتعددة الأبعاد، إذ يمكن تلخيصها في ثلاثة عناصر أساسية هي [١٨]:

شكل رقم (٢-١)
أبعاد الصحة والرعاية الصحية



المصدر: Samuel L. and N. Paul L. (1984): "Health Care Administration" P. 5.

١- **الأفراد:** وهم الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية، وهذا الاحتياج تشكله مجموعة من العوامل المهنية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية والحيوية.

٢- **المهن والمنظمات الصحية:** وهم الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية، وحجم وجودة الخدمات المقدمة تعتمد على مؤثرات اجتماعية ورقابية واقتصادية وسياسية وتعليمية.

٣- **الإدارة الصحية:** وهي التي تحدد التفاعل بين الخدمات الصحية العامة والأهلية، وتناقل المعلومات، وتخصيص الموارد، وكلها عوامل يجب تنسيقها وإدارتها، للتأكد على العمل من أجل تحقيق الأهداف الموضوعة من قبل المنظمات الصحية على اختلاف نوعياتها وتبعاتها ومستوى الرعاية الصحية الذي تعمل فيه. ويتحقق ذلك من خلال القيام بتنفيذ العملية الإدارية وما تتضمنه من وظائف إدارية كالتخطيط والتنظيم والرقابة والإشراف والتوجيه والمتابعة، واتخاذ القرارات السليمة التي تحقق للمنظمة الصحية أهدافها.

ويحدد «Wildavsky» [١٩] أنه يوجد اعتقاد خاطئ بأن الرعاية الصحية هي نفسها الصحة، فزيادة الرعاية الصحية وإتاحتها والوصول السهل إليها لا يعني بالضرورة تحسن الحالة الصحية. فعلى أفضل تقدير يؤثر النظام الطبي (الأطباء، الأدوية، المستشفيات، مراكز الرعاية الصحية الأولية ... إلخ) في نحو ١٠ ٪ فقط من مؤشرات قياس المستوى الصحي، أما نسبة ٩٠ ٪ المتبقية فتتحدد بعوامل لا يتحكم فيها الأطباء والنظام الصحي إلا بنسبة بسيطة أو لا يتحكمون فيها على الإطلاق مثل: السلوك الحياتي للفرد (التدخين، والتوتر ونوعية العمل، وممارسة الرياضة، وعادات النوم... إلخ)، والظروف الاجتماعية والاقتصادية (الدخل، وعادات الأكل، وتطور الغذاء، والقيم الاجتماعية، التشريعات السائدة ... إلخ)، والعوامل البيئية (تلوث الهواء، الماء، التربة، الضجيج، ... ونحوها). ولذلك تعد الرعاية الصحية بجميع خصائصها (الإتاحة، وسهولة المنال، والوصول إلى الخدمة، والقدرة على تحمل نفقاتها، والعدالة والمساواة والإنصاف في تقديم الخدمات الصحية) وسيلة مهمة وضرورية للوصول إلى التحسن في المستوى الصحي للفرد والمجتمع، إلى جانب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية والبيئية والسياسية الأخرى التي تتفاعل وتؤثر وتتأثر بعناصر الرعاية الصحية المختلفة لتحديد التحسن أو التدهور في المستوى الصحي للمجتمع.

بيئة الخدمات الصحية Health Services Environment:

تعمـل المنظمات الصحية في بيئـات ديناميكية ومعقدة، حيـث تتفاعل المنظمات الصحية مـع مجموعة كبيرة من المتغيرات لها تأثير كبير على ما تتخذه إدارة المنظمة الصحيـة من قرارات. وبالتالي لا يمكن عند التعرض لمسـألة تحديد طبيعة العملية الإدارية في المنظمات الصحية إغفال تحليل وتوضيح المتغيرات البيئية التي تعمل فيها، وتؤثر وتتأثر بها المنظمة الصحية. وبيئة المنظمات الصحية أو بيئة الخدمات الصحية تنقسم إلى [٢٠]:

أولاً- البيئة الداخلية Internal Environment:

ويقصد بها مجموعة المتغيرات الإدارية والتنظيمية (شكل رقم ٢-٢) التي يمكن أن تسيطر عليها المنظمة الصحية. ويمكن إجمال هذه المتغيرات فيما يلي:

١- موارد المنظمة الصحية:

أ- الموارد البشرية:

تتميز الموارد البشرية العاملة في الخدمات الصحية بتنوعها وتخصصها وتنوع هذه التخصصات. ويجب على المنظمة الصحية باسـتمرار أن تجد طرقاً فعالة وتخطيطاً علمياً سـليماً لإدارة مواردها البشرية، يشتمل على تحديد الأعمال والوظائف الطبية والإداريـة المتنوعـة (تخصصية وفنية ومهنيـة) المطلوب توفيرها فـي وقت ما لتلبية متطلبات تحقيق الأهداف المحددة المطلوب إنجازها.

ب- الموارد المالية:

تعد المـوارد المالية من أهم الموارد اللازمة للمنظمـات الصحية لتحقيق أهدافها، وبغض النظر عن طبيعة وحجم ونشـاط المنظمة الصحية. حيث تشـتمل على توفير الأموال المطلوبة للنشاط وتحقيق الأهداف، وما يلزم ذلك من عملية التخطيط للأموال (التخطيط المالي)، وتنظيم أعمالها (التنظيم المالي)، والرقابة عليها (الرقابة المالية).

ج- الموارد المادية:

وتعني الأجهزة والمعدات والمستلزمات اللازمة لتوفير احتياجات المدخلات في عمل المنظمـة الصحية «كنظـام» إلى مخرجات. وتتمثل هذه المـوارد في: المباني اللازمة للقيـام بتقـديم الخدمات الصحية المطلوبـة، الأجهزة الطبية المسـتخدمة في جميع

الأقسام الطبية، التجهيزات الفندقية، الآليات المتحركة كالسيارات وعربات الإسعاف، المستلزمات الطبية، المعدات والمستلزمات المتعلقة بالأقسام الإدارية.

٢- الوظائف الإدارية:

ويقصد بها الوظائف التي تقوم بها إدارة المنظمة الصحية كالتخطيط، والتنظيم، والقيادة والتوجيه والتحفيز، والرقابة، واتخاذ القرارات. وهناك ارتباط بين موارد المنظمة الصحية ووظائف الإدارة، إذا تتفاعل وتتأثر وظائف الإدارة مع كافة موارد المنظمة الصحية لتحقيق الأهداف الموضوعة سلفاً، وتعمل بشكل مشترك ومتناغم مع جميع العناصر الأخرى الموجودة في البيئة الداخلية للمنظمة.

شكل رقم (٢-٢)

البيئة الداخلية للمنظمات الصحية

الموارد البشرية

الموارد المالية

المنظمة الصحية

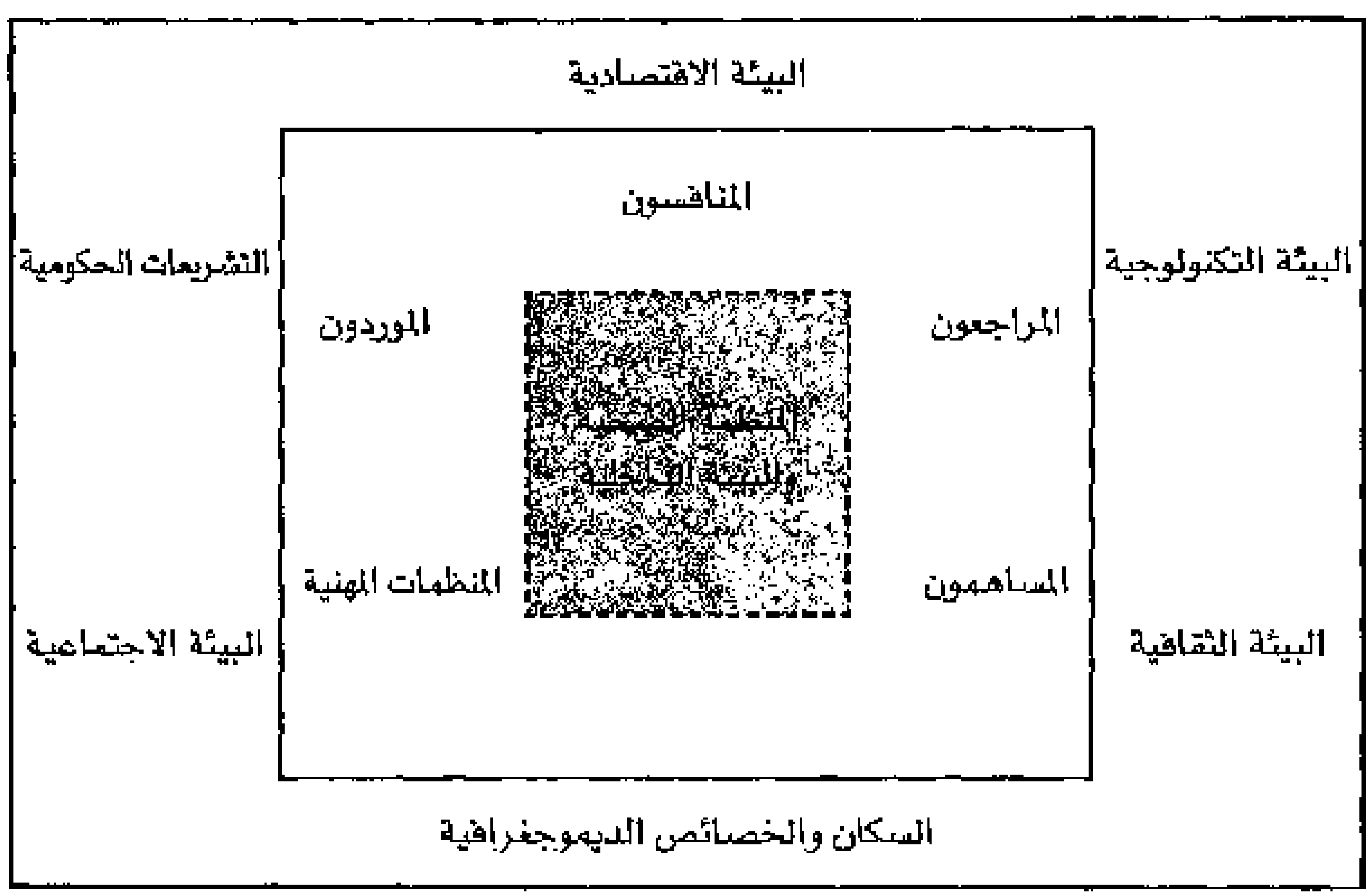
الوظائف الإدارية

الموارد المادية

ثانياً- البيئة الخارجية External Environment:

ينظر أنصار النظرية البيئية للإدارة إلى المنظمات على أنها كيان واسع ضمن المكونات الأساسية للبيئة المحيطة، وأن علاقة المنظمة بالبيئة المحيطة تعد علاقة أبدية لا يمكن استبعادها أو عزلها. إذ وجود المنظمة ونشأتها - أي منظمة - هو نتاج وترجمة لاحتياجات المجتمع الذي توجد فيه، واستمرار المنظمة مرتبط بإشباع الاحتياجات الحقيقية للمجتمع ضمن البيئة المحيطة [٣]. وتشتمل البيئة الخارجية للمنظمات الصحية على متغيرات متعددة يمكن تلخيصها فيما يلي (شكل رقم ٢-٣):

شكل رقم (٢-٣)
البيئة الخارجية للخدمة الصحية



أ- البيئة العامة General Environment:

تشمل البيئة العامة مجموعة المتغيرات التي لا تتمكن المنظمة الصحية عادة من السيطرة عليها، مما يدعو المنظمة الصحية إلى ضرورة التكيف معها. وتتضمن هذه المتغيرات ما يلي:

١- البيئة الاقتصادية:

وتتضمن جميع المتغيرات الاقتصادية في البيئة الاقتصادية للمنظمة الصحية، إذ يؤثر الوضع الاقتصادي للدولة بصفة عامة على عرض وطلب الخدمات الصحية بمختلف مستوياتها، وبالأخص على قدرة المواطنين على تحمل نفقات الخدمات الصحية، وعلى قدرة المنظمة الصحية على الحصول على مواردها اللازمة لتقديم خدماتها وتوفير الموارد المالية الضرورية لاستقطاب الموارد البشرية التخصصية، والاستفادة من التطور في التكنولوجية الطبية لتقديم خدمة صحية ذات جودة مناسبة. إلى جانب أن دور المنظمة الصحية تغير وتطور صحياً واجتماعياً، مما استدعى إعادة تنظيم هيكلها

التنظيمي لتتوافق مع الأساليب الحديثة في الإدارة والدور الجديد الذي تقوم به ومما يؤدي لاحتياجها إلى إمكانات مالية إضافية للتدريب والتعليم والبحوث.

ونظراً لأن الإنفاق الصحي يعتبر إنفاقاً استثمارياً، فمن واجب المشتغلين بالصحة أن تقنع المخططين الاقتصاديين أنه بقدر ما يخصص من أموال للارتفاع بالمستوى الصحي للأفراد والمجتمع بقدر ما يمكن أن يتاح من قدرة على زيادة الإنتاج القومي [٢٢].

٢- البيئة الثقافية والاجتماعية:

البيئة الثقافية والاجتماعية التي تعمل فيها المنظمة الصحية تؤثر تأثيراً مهماً على أداء نظامها العلاجي والوقائي ومختلف الأنشطة التي تمارسها المنظمة. إذ إن عوامل عديدة مثل المستوى الثقافي والاجتماعي، والعادات والتقاليد، ودرجة التعليم، والإيمان بالدجالين والمشعوذين، والفجوة بين الريف والحضر فيما يتعلق بالوعي الصحي والإسراع بالعلاج أو الوقاية، تؤدي دوراً كبيراً بالنسبة لقدرة المنظمة الصحية على تحديد مدى استخدام سكان المجتمع للخدمات الصحية، ومدى فهم واستجابة واستيعاب السكان للإرشادات العلاجية والوقائية المقدمة من الأطباء والفنيين بالمنظمة الصحية. مما يتطلب الإعداد المسبق لكيفية التعامل مع المعتقدات السائدة بين المواطنين، وتحديد الأساليب الناجحة للدخول في البيئات الثقافية والاجتماعية المختلفة والتي تحكمها عادات وتقاليد متحكمة يصعب تجاهلها من قبل العاملين الصحيين [٢٣].

٣- البيئة السياسية والتشريعات القانونية:

يؤثر النظام السياسي والأيديولوجية السياسية للدولة على كل الأنشطة والأنظمة الفرعية الأخرى بالدولة. إذ من المنطقي والضروري أن تعمل جميع المؤسسات والهيئات بالدولة على تحقيق الأهداف التي يعمل النظام السياسي على تحقيقها.

وتنعكس البيئة السياسية والقانونية للخدمات الصحية في صورة الأنظمة والقوانين والقرارات التي تتخذها الدولة لتنظيم الخدمات الصحية والرقابة على تقديم هذه الخدمات، كما تؤثر هذه البيئة على قدرة المنظمة الصحية على العمل ضمن التوجهات العامة للدولة وذلك من خلال:

- تحديد القواعد القانونية والأخلاقية المتعلقة بأداء الخدمة الصحية.
- تحديد طبيعة ونوعية ومدى وشمولية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.
- ترك مساحة معقولة من حرية العمل الإداري والمالي والتنظيمي من عدمه وذلك من

خلال تغليب المركزية أو اللامركزية على نمط التحكم الإدارية للمنظمات الصحية.

- الاقتناع أو عدم الاقتناع بتفعيل مبدأ المشاركة الشعبية في تخطيط وتنفيذ والرقابة على تقديم الخدمات الصحية، من أجل تشجيع الاعتماد على الذات وإيجاد الدافع لدى المواطنين لتنمية الموارد البشرية والمادية للخدمات الصحية، وتجسيداً لمبدأ أن الصحة ينبغي أن تنبثق من الناس، وأن تستمد شكلها من التقاليد، ومضمونها من نظام أيديولوجي راسخ ومتين [٢٤].
- تقديم الخدمات الصحية بالمجان أو بسعر محدد أو من خلال أنظمة التأمين الصحي لفئات محددة من السكان أو لجميع السكان.
- تحديد مواقع تقديم الخدمات الصحية والأسلوب الأفضل لتقديمها. وتؤدي الضغوط السياسية دوراً كبيراً في هذا الصدد والذي يظهر في صورة توافر الخدمات الصحية التخصصية والمتقدمة بصورة أكبر في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية.

٤- البيئة التكنولوجية:

تتزايد وتتعاظم أهمية ومجالات استخدام التكنولوجيا في المجالات المختلفة في عصرنا الحاضر وخاصة في المجال الطبي، نتيجة للتطور السريع والمتلاحق في الابتكارات والإبداعات التكنولوجية والتي يعتمد عليها الآن علم تشخيص وعلاج الأمراض، سواء كانت هذه الابتكارات إكلينيكية أو معملية أو فحوصات وعلاج بالأشعة أو الذرة، أو في مجال استخدام الحاسب وشبكات الإنترنت واللقاءات الطبية عن طريق الفيديو (الطب الاتصالي)، ونحو ذلك.

والبيئة التكنولوجية للمنظمة الصحية لها تأثيرات مباشرة وغير مباشرة على المنظمات الصحية. وعلى الرغم من أهمية استخدام التكنولوجيا في تحسين الإنتاجية، والجودة، والقدرة التنافسية للمنظمة، وتوفير الوقت، إلا أن للتكنولوجيا مخاطرها أيضاً لما تحدثه من ضغوط نفسية وعصبية على الموارد البشرية، وإمكانية الاستغناء عن العمالة في ظل التوسع في استخدام التكنولوجيا، إلى جانب كثافة رأس المال المطلوب لاقتناء التكنولوجيا.

إن إدخال التكنولوجيا المتقدمة في المنظمات الصحية أمر ضروري، ولكن القضية المحورية في هذا الشأن تتمثل في كيفية إدخال التكنولوجيا في المنظمة دون أن يترتب على ذلك مشاكل إضافية أشد وأكبر مما كانت تعانيه المنظمة قبل وقت إدخال التكنولوجيا.

٥- السكان والخصائص السكانية:

يرتبط الطلب على خدمات المنظمات الصحية في الأساس بالسكان وخصائصهم السكانية (البيئة الديموجرافية). وتتصف البيئة الديموجرافية بالحراك المستمر والتغير من الناحيتين الكمية والكيفية، والتي تظهر من خلال [٢٥]:

- التغيرات في حجم وتركيبة وتوزيع السكان (التعداد والفئات العمرية والجنس والتوزيع الجغرافي).
- التغيرات في مستوى الدخل للمنطقة الجغرافية المعنية بنشاط المنظمة الصحية.
- التغيرات في المستوى التعليمي والوظيفي للسكان في المنطقة التي تخدمها المنظمة الصحية.

وكل هذه العوامل تحدد - بعد دراستها - أنواع الخدمات التي يحتاج إليها السكان والمطلوب أن تقدمها لهم المنظمة الصحية المتواجدة بالبيئة التي يتواجدون فيها، والأسلوب الذي تقدم به هذه الخدمات. وكذلك تحدد هذه العوامل بعض المهام الإدارية اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة الصحية النابعة والمتوافقة مع هذه المتغيرات الديموجرافية.

ب- البيئة المحيطة بالمنظمة الصحية (البيئة التنافسية) Competitive Environment،

هي مجموعة المتغيرات المحيطة بالمنظمة الصحية وذات التماس المباشر معها، والتي تؤثر مباشرة فيها وتتأثر بها. ويمكن للمنظمة الصحية إلى حد كبير السيطرة على هذه المتغيرات على عكس المتغيرات الموجودة في البيئة العامة لها. وأهم ما تشمله متغيرات البيئة التنافسية ما يلي:

١- المنافسون:

يلزم للمنظمة الصحية أن تقبل وجود المنافسة بينها وبين المنظمات الصحية الأخرى الموجودة والمنافسة في نفس البيئة. والمنظمة الصحية إدراكاً منها لضرورة البقاء والنمو الازدهار يجب أن تتقبل هذا الوضع التنافسي، وأن تعمل على تحليل السوق باستمرار وخاصة بالنسبة للمنظمات الصحية المنافسة لمعرفة وضعها وحصتها في السوق، وبالتالي يمكنها وضع خطتها التسويقية بموضوعية تعتمد على عناصر القوة لديها، وتعظيم واستغلال الفرص المتاحة لنموها في السوق الذي تعمل فيه.

٢- الزبائن (العملاء أو المستخدمون للخدمة):

تؤدي المنظمة الصحية دورها في خدمة المجتمع من خلال فهمها للرسالة الاجتماعية التي تؤديها، ولكن في الوقت نفسه يلزمها تلبية الاحتياجات الحقيقية للمستفيدين من خدماتها عن طريق دراسة اتجاهات ورغبات عملائها وسلوكياتهم في المجتمع الذي تعمل فيه المنظمة الصحية. وبالتالي تظل المنظمة باقية ومزدهرة في بيئتها عن طريق تقديم الخدمات التي تناسب احتياجات ورغبات العملاء (الطلب على الخدمات).

٣- الموردون:

الموردون هم مجموعة الأفراد والشركات الذين يتعاملون مع المنظمة لإمدادها بالمعدات والأجهزة والأدوات والمستلزمات التي تمكنها من تأدية خدماتها. والموردون يؤدون دوراً ملموساً في حياة المنظمة الصحية من خلال تجمعاتهم وقدرتهم الاحتكارية والتفاوضية، والعلاقة الممتدة مع المنظمة الصحية والتي تنعكس في سرعة الإمداد في الوقت المناسب وبالسعر المناسب ضمن التسهيلات التي يقدمونها. والمنظمة الصحية من جهة أخرى يلزم عليها المحافظة على مورديها لضمان استمرار الإمداد بما تحتاج إليه لأنشطتها وبالشروط التي تناسبها.

٤- المنظمات المهنية:

تقوم المنظمات المهنية (للأطباء والتمريض وغيرها) بدور مهم في حياة المنظمة الصحية من خلال تحديدها للوائح والأنظمة التي تحافظ على أخلاقيات المهنة، وتنمية مهارات وقدرات أعضائها العلمية والعملية، وحماية الكوادر الطبية من أي انحرافات بمعاقبة كل من يمارس أعمالاً مخلة بشرف المهنة. ومن ناحية أخرى تؤدي المنظمات المهنية دوراً مهماً أيضاً للحفاظ على حقوق عملائها وحمايتهم في حالة اتهامهم بخطأ مهني دون وجه حق؛ لأنها الجهة القادرة على تحديد المعايير الطبية والأخلاقية التي يجب أن يلتزم بها من يمارسون مهنة الطب.

٥- المساهمون:

وهذه الفئة مهمة جداً في التأثير على المنظمة الصحية في القطاع الخاص، إذ يسهمون مالياً في إنشاء المنظمة ثم بعد ذلك يشتركون في الحصول على الأرباح. وبالتالي يؤثرون في تحديد أهداف المنظمة، واختيار قياداتها الإدارية، وتحديد السياسات والقواعد والإجراءات المتعلقة بمسار العمل، وقرارات التوسع أو الانكماش بالنسبة لمستقبل المنظمة الصحية.

المنظمة الصحية ومنهج النظم:

مما سبق ووفقاً لمنهج النظم System Approach والنظرية العامة للنظم System Theory في الفكر الإداري تعد المنظمة الصحية نظاماً مفتوحاً Open System، حيث يتفاعل هذا النظام مع البيئة ويستجيب للعوامل والظروف المحيطة به. وتزداد فرص نجاح واستمرار ونمو المنظمة إذا تمكنت المنظمة من تطويع وتفعيل المؤثرات الخارجية لصالحها.

والنظريـة العامـة للنظم هي إحـدى النظريـات الإدارية الحديثـة التي يتضمن اصطلاحها وجود نماذج وقواعد عامة يمكن تطبيقها على جميع أنواع العلوم والمعرفة أياً كان مجالهـا، ويمكن أن تكون إطاراً فكرياً واحداً يهيمن على كل المعارف وتطورها وحقائقها [٣٦]. حيث يقوم منهج النظم على المفهوم القائل بأنه لا يمكن النظر أو توجيه الاهتمام بأي شـيء أو فرد أو تنظيم أو مشـكلة دون النظر لتأثير البيئة الأوسع التي يرتبط أو يتعلق بها.

وينظر منهج النظم إلى المنظمة على أسـاس أنها نظام مدار، والذي يمكن تعريفه ضمـن تعريفات كثيرة بأنه «النظام الهادف الذي يحتوي على أكثر من نظام فرعي (أو وحدة تنظيمية) يشـترك جميعها في الهدف العام الـذي يعمل النظام ككل من أجله، وذلك عن طريق تقسـيم العمـل الذي تقوم به تلك النظم الفرعيـة المتخصصة [٣٧]». ورغم تعدد التعريفات لمنهج النظم إلا أنه يمكن تحديد ثلاثة عناصر أساسـية للنظام هي [٣٨]:

- أن النظام يتكون من مجموعة من الأجزاء (النظم الفرعية).
- وجود علاقات متبادلة أو متداخلة أو معتمدة بعضها على بعض بين هذه الأجزاء.
- أن هذه الأجزاء تعمل معاً لتحقيق هدف مشترك.

ولا يركـز منهج النظـم بهذا المفهوم على جانب الوظائـف الإدارية فقط، ولا على الجانب الكمي أو السلوكي فحسـب، ولكن ينظر إلى المنظمة بمنظار شامل ومتكامل، باعتبـار أنها نظامٌ اجتماعي مفتوح، وأنها وحدة متكاملة هادفة تنشـأ وتنمو وتزدهر لتحقيق أهداف معينة. ولتحقيق هذا الهدف فإن المنظمة تأخذ في الحسـبان تفاعل الأنظمة الفرعية المكونة لها في انسـجام وتكامل، وفي الوقت نفسـه لا تغفل علاقتها بالبيئـة المحيطة التي تعمـل فيها، وبمعنى أنها تؤثر وتتأثر بالبيئة في الوقت نفسـه. ويفيـد منهج النظم المديرين وغيرهـم من المعنيين بإدارة المنظمـات في تحليل وفهم

المنظمات وإدارتها بشكل أفضل، إذ يمنع هذا المنهج (أو على الأقل لا يشجع) الرؤساء على النظر إلى وظائفهم وأدوارهم على أنها مجرد الإشراف على أجزاء ساكنة منعزلة عــن المنظمة [٢٩]، بل يجب النظر إلى أداء المنظمة ككل، وإلى حقيقة التفاعل الحقيقي بين أجزاء المنظمة، والذي يسبب تأثيراً أكبر من تأثير الأجزاء منفردة [٣٠].

وديناميكية النظام هي التي تعبر عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين أجزاء النظام بــين أجزائه في الداخل، وكذلك ما يقع من تفاعل في بيئته الخارجية لتحقيق أهداف المنظمة. والشــكل رقــم (٢-٤) يوضح أن هذه الديناميكية تجعــل النظام يتكون مما يلي [٣١]:

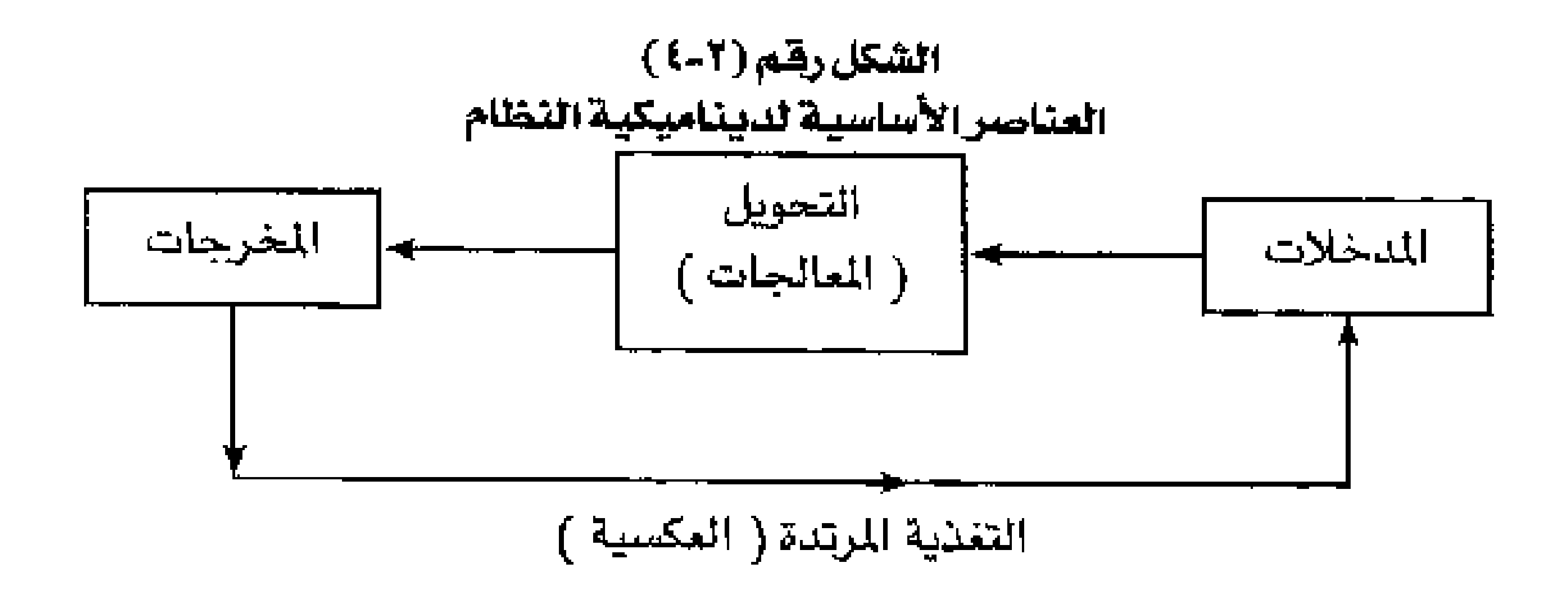
١- المدخــلات Inputs: وهــي كل ما يدخــل في النظام من عناصــر ومواد وطاقات وبيانات ... إلخ، وتعد بمثابة المســتلزمات الأساسية التي بدونها لا يعمل ولا يستمر النظام.

٢- المعالجــات (التحويل أو التشــغيل) Processes: وتمثل جميع الأنشــطة الوظيفية وغيــر الوظيفية المطلــوب أداؤها بغرض تحويل المدخلات إلى مخرجات حســب مــا تم تحديــده من قبل من أهداف مطلوب تحقيقهــا. بمعنى أن التفاعلات بين الوحدات (الأجزاء) الخاصة بالنظام لا تتم بشــكل عفوي تلقائي، بل تتم بطريقة هادفة مطلوب التحكم فيها وتحديد اتجاهها بوعي من أجل الوصول لما هو مطلوب إجراؤه على المدخلات لتحويلها إلى مخرجات مستهدفة.

٣- المخرجــات Outputs: وتعنــي كل مــا ينتج عن النظام نتيجــة معالجة المدخلات بالعمليات والأنشــطة التحويليــة. والمخرجات قد تكون في صــورة معلومات، أو خدمات، أو سلع شبه مصنعة، أو سلع تامة الصنع ... إلخ.

٤- التغذية العكسية (المرتدة) Feedback: وهي عملية أشبه ما تكون بالرقابة الذاتية للتأكــد من مدى فاعليــة وكفاءة النظام في تحقيق الأهــداف وتلبية الاحتياجات البيئية. ويمكن وصف عملية التغذية العكسية بأنها [٣٢]:

الشكل رقم (٢-٤)
العناصر الأساسية لديناميكية النظام

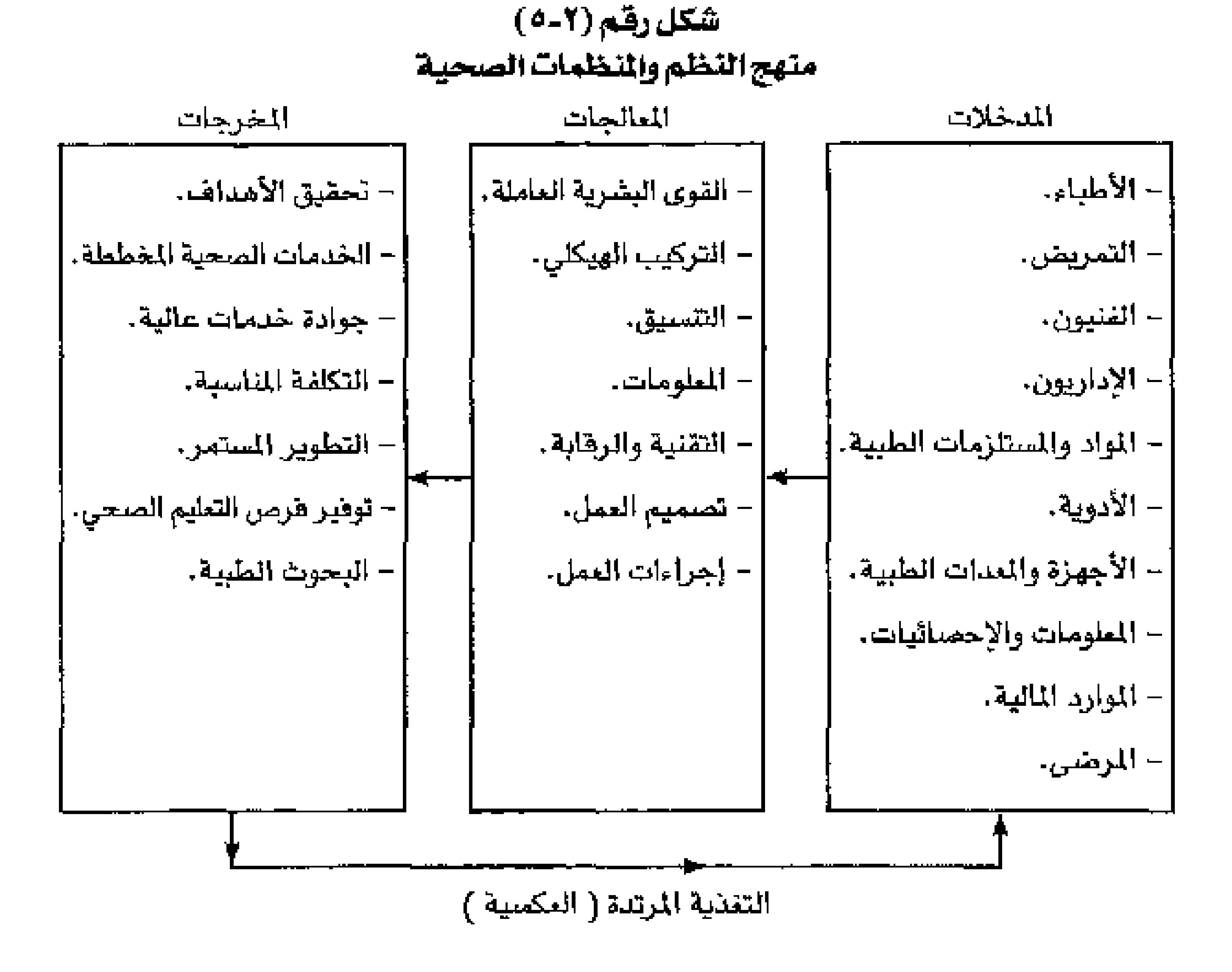


- أداة استشعار: وظيفتها جمع البيانات والمعلومات من البيئة المحلية التي يعمل فيها النظام.
- أداة تحذير وتنبيه: وظيفتها تحديد الانحرافات أو الأخطاء التي تظهر وتسبب عائقاً أمام تحقيق الأهداف المطلوب تحقيقها.
- أداة تحريك: تعمل على تصحيح الانحرافات والأخطاء التي تعتري عمل النظام، وبالتالي تحقيق توازن النظام.

وبتطبيق منهج النظم في مجال الإدارة الصحية (شكل رقم ٢-٥) يمكن فهم التالي: أن المنظمة الصحية، بوصفها تنظيماً رسمياً، تقدم خدمات صحية علاجية ووقائية تأهيلية وتعزيزيه (مخرجات) يمكن قياسها عن طريق التحسن في المستوى الصحي وباستخدام مؤشرات الأمراض والصحة المختلفة والمتعارف عليها مثل معدل حدوث وانتشار الأمراض والوفيات. ويتم ذلك من خلال استخدام الموارد المختلفة من موارد متخصصة بشرية، وموارد مادية ومعلوماتية (المدخلات)، بعد معالجتها بعمليات التشغيل والتي تنعكس في العمليات الإدارية المختلفة من تخطيط وتنظيم وتوجيه وإشراف وتنسيق واتخاذ قرارات ومراقبة ومتابعة وتقييم (العمليات). وإدارة المنظمة الصحية هي التي تقوم بعملية استخدام الموارد للوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة التي تحددها المنظمة بكفاءة وفاعلية، ولابد لها من فهم أن الموارد المادية والبشرية والمعلوماتية تأتي في أغلبها من البيئة الخارجية للمنظمة الصحية، ويستخدم هذه الموارد العاملين في المنظمة من خلال هيكلهم التنظيمي والأقسام والإدارات التي تضمها المنظمة الصحية (البيئة الداخلية)، والخدمات أو المخرجات تخرج إلى وتستنفذ في البيئة الخارجية للمنظمة. ويتم بعد ذلك بالقياسات المختلفة تقييم كل هذه العمليات

ومعرفـة هل تم تحقيق الأهداف أم لا؟، ولأي مدى، وبالتالي يتبع ذلك عملية تصحيح للأخطاء أو تحسـين للأداء والخدمة في عملية مستمرة للتطوير (التغذية العكسية أو المرتدة).

شكل رقم (٢-٥)
منهج النظم والمنظمات الصحية



الأبعاد الأساسية للمنظمات الصحية Dimensions of Health Organization:

توجد سـبعة أبعاد أساسـية للمنظمات الصحية [٣٢] هي: البيئة الخارجية، الرؤية والغايـة والأهداف، الإسـتراتيجيات، التعددية، مسـتوى التنسـيق والتطابق، درجة المركزية، والقدرة على التكيف والتغيير. وسوف نتعرض لكل بعد منها ببعض التفصيل فيما يلي:

١- البيئة الخارجية External Environment:

يعـد الفهم الجيد لعناصر البيئة الخارجية أول مقومـات نجاح المنظمة الصحية. حيث تختلف البيئات الخارجية للمنظمات بالنسـبة لمـدى تعقدها، وقابليتها للتغيير، والدرجة التنافسـية فيها. واعتماداً على فهم وتحليل هذه الاختلافات يمكن للمنظمة الصحية أن تضع إسـتراتيجيتها المناسبة للبقاء والنمو في هذه البيئة. والمهم هنا هو أن تختار المنظمة الإستراتيجية التي تتواءم مع متطلبات البيئة التي تعمل فيها.

٢- الرؤية والغاية والأهداف Vision, Goals and Objectives:

تعكس رؤية المنظمة وغايتها وأهدافها الأعمال والمهام الأساسـية التي سـتقوم بها المنظمة، ونوعية التكنولوجية المستخدمة، والموارد البشرية التي سيتم توظيفها. ورؤية المنظمـة هـي حلم أو صورة المنظمة التـي تطمح المنظمة في الوصـول إليها. وغاية المنظمة مضمون ما تؤديه المنظمة. أما أهداف المنظمة فهي عبارات تحدد ماذا تحتاج إليه المنظمة لتحقيق الغاية التي تصبو إليها. والغاية والأهداف يجب أن تكون متصلة بأغـراض خارجيـة وداخلية، فمن الناحيـة الخارجية تبين للآخريـن طبيعة المنظمة الصحية بالنسـبة لمن ينوون اسـتخدام خدماتها كالمرضى على سـبيل المثال، وكذلك بالنسبة مثلاً لشركات التأمين الصحي والمنظمات المهنية، ومن الناحية الداخلية تعمل الأهداف كمصدر أساسي لتحفيز وتوجيه العاملين.

٣- الإستراتيجيات Strategies:

الإسـتراتيجيات هي خطط توضـع لتحقيق غايات وأهـداف المنظمة من ناحية، وإكسـاب المنظمة وضعها المطلوب في بيئة العمل التنافسـية مـن ناحية أخرى. ومن الإستراتيجيات الواقعية والأساسية للمنظمات الصحية ما يلي: إستراتيجية استخدام مقدمي الخدمة ذوي الأجـور والتكلفة المنخفضة، والتميز بجـودة الخدمات العالية، والمبادرة بمعنى أن تكون المنظمة أول من تدخل خدمة ما، أو إستراتيجية الثبات بغرض التركيز على الفاعلية الاقتصادية.

٤- التعددية Diversity:

من أفضل طرق التنافس للمنظمة الصحية أن تقدم مجموعة متعددة من الخدمات والمنتجـات التـي يتطلبها المجتمـع، والتي تتضمـن المعرفة التخصصيـة، والوظائف والأقسـام الجديـدة والمتطورة. في حـين ترى بعض المنظمـات الصحية أن الأفضل لوضعها التنافسـي أن تتميز بتقديم أعلى مستوى لخدمة صحية معينة مثل الخدمات

الوقائية، أو متابعة الحمل، أو علاج أمراض الإسهال والجفاف وغيرها. وبصفة عامة كلما زادت درجة التعددية زادت التحديات الإدارية لإدارة المنظمة الصحية لتحقيق أهدافها.

٥- مستوى التنسيق والتطابق Coordination:

تحتاج جميع المنظمات إلى درجة من التنسيق بين الوظائف والعمليات المتخصصة بغرض تحقيق «توحيد الجهود» وهو ما يعرف بالتطابق أو التماثل. وكلما زادت تعددية الأنشطة والأعمال بالمنظمة الصحية احتاجت درجة أعلى من التنسيق، ولهذا تحتاج إدارة المنظمة إلى تحقيق نوع من التوازن بين درجة التعددية ودرجة التماثل والتنسيق في إطار الاستجابة للمتطلبات البيئية الخارجية. ويلاحظ أن التنسيق جهد مفهوم في إطار المنظمة الواحدة، ولكن مطلوب أيضاً تحقيق درجة من التنسيق بين المنظمات بعضها وبعض في حالة وجود درجة من التعاون أو التحالف بين منظمات صحية متعددة. وتنعكس جهود التنسيق داخل المنظمة في صورة تصميم مجموعات العمل، وتحقيق الاتصال الفعال، وفي تصميم المنظمة ككل.

٦- درجة المركزية Centralization:

تعد درجة المركزية في المنظمة الصحية من الأبعاد المهمة التي تميز المنظمة. ونعني بدرجة المركزية إلى أي درجة تنحو عملية اتخاذ القرارات وبعض الوظائف للمركزية أو اللامركزية. ففي نظم الرعاية الصحية المركزية تتخذ القرارات عادة في المستويات العليا للنظام وليس على مستوى المنظمات الصحية، وكذلك بعض الوظائف الإدارية كالتخطيط الإستراتيجي والتسويق تتم على المستوى المركزي. وفي إطار النظم الصحية التي تأخذ بمفهوم اللامركزية يتم اتخاذ القرارات والقيام بوظائف التخطيط الإستراتيجي والتسويق على مستوى المنظمات الصحية محلياً، ثم يتم التنسيق لها على مستوى النظام الصحي ككل. وقيمة اللامركزية تظهر في سرعة اتخاذ القرارات، وفي فاعلية تنفيذها، وفي القدرة على تكيف المنظمة مع التغيير، وفي مدى مواجهة المنظمة للمتطلبات الرقابية والمحاسبية من الجهات الخارجية المنوط بها هذا العمل [٣٤].

٧- التغيير / التطوير Change:

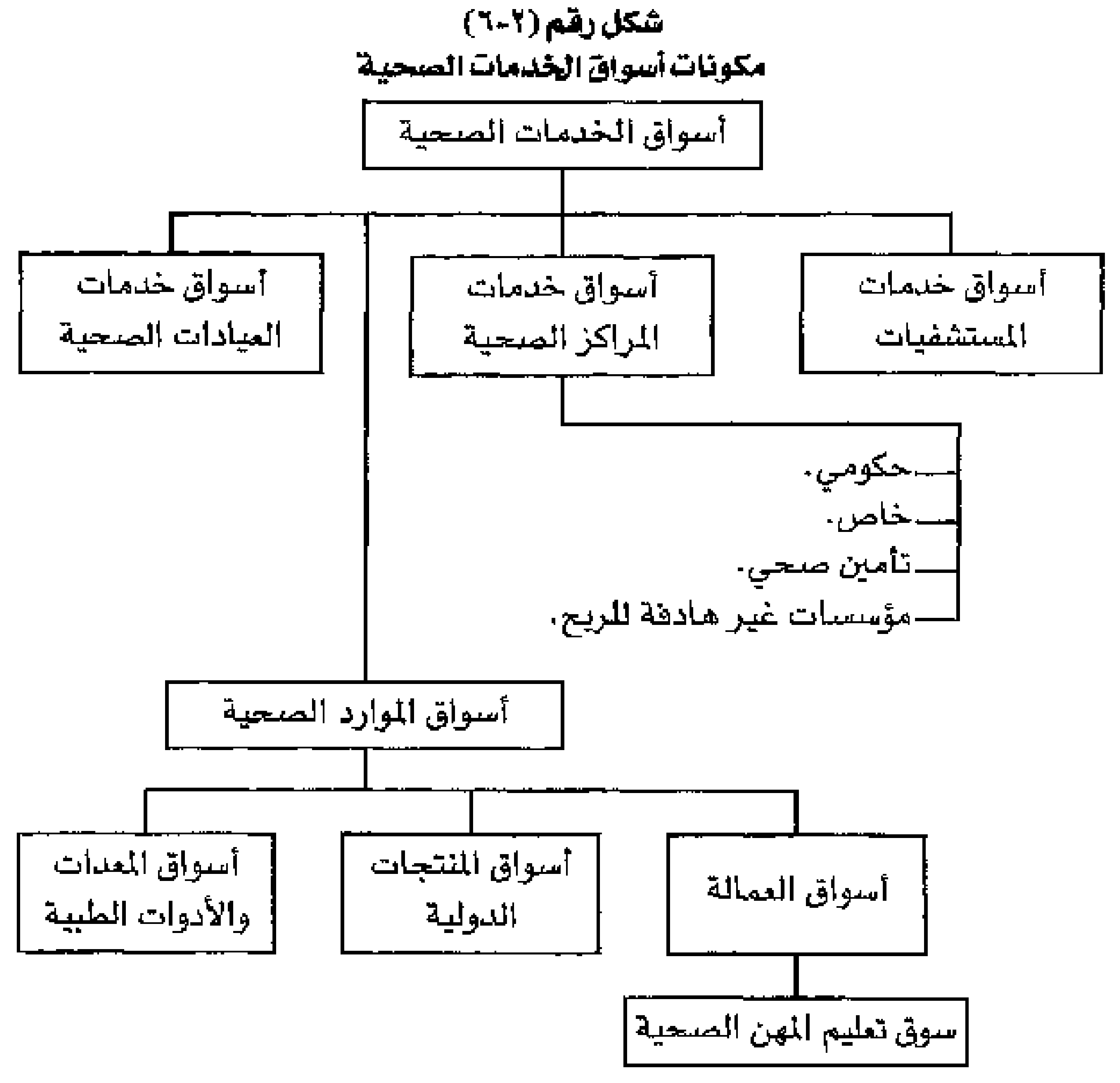
على عكس ما كان يحدث في الماضي، توجد الآن ضرورة مهمة للمنظمات الصحية لتفهم ضرورات ومتطلبات التغيير أو التطوير لمواكبة ما يحدث من ديناميكية متسارعة في بيئة المنظمات الصحية. فلقد أصبحت المنظمات الصحية غاية في التعقيد، لدرجة

أن المستشـفيات الكبيرة عادة ما يعمل فيها نحـو ٢٦٠ نوعاً من المهنيين المتخصصين والحرفيـين، ولكل مجموعة منها خلفيتها التأهيليـة والتدريبية التخصصية، وقيمها، ومعتقداتهـا، ووجهات نظرها نحو الأمور الحياتيـة والعملية. إلى جانب التغير الذي يحدث في معظم المنظمات الصحية نحو إنشاء علاقات جديدة مع المنظمات الصحية الأخرى في البيئة، أو مع شـركات التأمين الصحي أو المنظمات المهنية، وكلها علاقات تعاقدية قابلة للإنهاء، وليسـت لها صفة الملكية والـدوام التي كانت تعمل من خلالها المنظمـات في الماضي. وكل ذلك يدفع إدارة المنظمات الصحية نحو التغيير والتطوير لمواجهة ما يحدث حولها، ومن أجل بقائها في سوق الخدمة الصحية.

أسواق الخدمات الصحية Markets of Health Services:

تعد وظيفة التسـويق من الوظائف التنفيذية الرئيسـة التي يتم من خلالها تحقيق الأهداف المنشـودة للمنظمة الصحية. وأهمية هـذه الوظيفة تنبع من الدور الحيوي الـذي تسـهم به في التعرف على رغبات وحاجات المسـتفيد من الخدمـة [٢٥]، والتي هـي بالتالي من دعائم جودة الخدمات الصحيـة. وتقديم الخدمات الصحية يتم من خـلال منشـآت أو مرافق (منظمات) إما تابعـة للجهات الحكوميـة أو تابعة للقطاع الخـاص. وتقـدم الجهات الحكومية الخدمات الصحية في الغالب من خلال شـبكة منتشرة من المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة أو لجهات حكومية أخرى، بالإضافة إلى المستشـفيات الحكومية العامة والمركزية، والمستشفيات الجامعية والمراكز الطبية المتخصصة، والمراكز التأهيلية. ويقدم القطاع الخاص (الأهلي) الخدمات الصحية من خلال العيادات الخاصة للأطباء، والمراكز الصحية والمستشـفيات والمختبرات ومراكز الأشعة الخاصة. ويتم تقديم الخدمات الصحية من الناحية التسويقية في أسواق يتم فيها عرض الخدمات الصحية من جانب مقدمي الخدمات الصحية (منتجي الخدمات الصحيـة)، لينتفع بها أفراد المجتمع (المسـتهلكون) على اختـلاف فئاتهم وأعمارهم ومهنهم ومكان إقامتهم، وغيرها من الخصائص المميزة لمستهلكي الخدمة. ويتم تدفق الأنشـطة الاقتصاديـة الخاصة بالخدمات الصحية من خلال سـوقين محددين هما سوق الموارد وسوق السلع والخدمات [٢٦] كما هو موضح بالشكل رقم (٢-٦).

شكل رقم (٢-٦)
مكونات أسواق الخدمات الصحية



المصدر (بتصرف): إبراهيم، طلعت الدمرداش. «اقتصاديات الخدمات الصحية». ص ٧٦.

أ- سوق الموارد:

تقدم البيئة الخارجية لصناعة الخدمات الصحية داخل الدولة خدمات الموارد الاقتصادية (عناصر الإنتاج) اللازمة لإنتاج الخدمات الصحية كالعمالة، ورأس المال، والموارد الطبيعية، والتنظيم. كما قد تقوم بعض الدول بتصدير بعض خدمات الموارد مثل خدمات الأطباء، وهيئات التمريض، والعمالة الفنية الصحية، والأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية، والأدوية. وتدفع المنظمات الصحية أثمان هذه الموارد إلى الموردين في البيئة الخارجية في صورة أجور (للعمالة)، وأرباح (لأصحاب رأس المال)،

وفوائد (للبنوك والمؤسسات الائتمانية)، وريع (للأراضي)، وإيجارات (للمباني وغيرها من السلع التي يمكن تأجيرها كالسيارات مثلاً)، ونفقات التعليم والتدريب للعمالة الصحية. وقد يترتب على ذلك تدفق مدفوعات للخارج بالعملات الأجنبية، وهذا يمثل الاستيراد في مجال الخدمات الصحية، وقد يحدث تدفق من الإيرادات بالعملات الأجنبية إذا ما جاء مستهلكون من الخارج طلباً للعلاج الطبي داخل الدولة.

ب- سوق المنتجات (السلع والخدمات):

ينتج قطاع الخدمات الصحية السلع والخدمات الصحية ليقوم ببيعها لجميع المواطنين حين طلبها. وبذلك ينفق المواطنون من دخلهم لشراء الخدمات الصحية ضمن إنفاقهم العام. ويمثل هذا الدخل إيرادات للمنشآت العاملة في قطاع الخدمات الصحية. وقد يدفع بعض الأفراد تكلفة الحصول على الخدمات الصحية بالعملة الأجنبية لطلبهم العلاج في الخارج.

وتمارس الحكومة دوراً مزدوجاً في أسواق الخدمات الصحية، فهي تقوم بتحصيل الرسوم والضرائب من المواطنين (مستهلكي الخدمات الصحية) باعتبارها مورداً مهماً من موارد الإيرادات في الموازنة العامة للدولة. وفي المقابل تنفق الحكومة جزءاً من هذه الإيرادات في صورة دعم جانب الطلب للخدمات الصحية، وتقديم خدمات صحية مجانية وشبه مجانية لغير القادرين، أو لجميع المواطنين حسب سياسات النظام الصحي بالدولة. أما عن علاقة الحكومة بمنتجي الخدمات الصحية، فتحصل الحكومة منهم الرسوم والضرائب لتذهب لجانب الإيرادات في الموازنة العامة للدولة، ليعاد بعد ذلك في صورة إنفاق حكومي لدعم جانب العرض للخدمات الصحية بصوره المختلفة [٣٧].

توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية:

تنقسم أسواق الخدمات الصحية حسب الشكل رقم (٢-٦) طبقاً لتحليل هيكل أسواق الخدمات الصحية إلى سوقين أساسيين هما:

١- سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي:

والذي يتكون بدوره من ثلاثة مستويات أساسية على هيئة تسلسل رأسي على النحو التالي:

- سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة **Private Clinics**:

حيث يتعامل المريض مع الطبيب في عيادته الخاصة، أو في مكان ممارسة مجموعة من الأطباء تعمل معاً (Group Practice). وقد تستدعي حالة المريض استكمال علاجه عن طريق نظام الإحالة لمستوى أعلى من الرعاية الصحية بأحد المستشفيات أو المراكز الطبية المتخصصة.

- سوق خدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية **Primary Health Care Centers**:

وهي مراكز قد تكون حكومية أو مملوكة للقطاع الخاص وتقدم مجموعة متعددة من الخدمات الوقائية والعلاجية الضرورية في المستوى الأول من الرعاية والمعروف بالرعاية الصحية الأولية.

- سوق خدمات المستشفيات **Hospitals**:

وتقدم الخدمات الصحية الأعلى مستوى من سوق العيادات الخاصة وسوق مراكز الرعاية الصحية الأولية مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ومراكز التشخيص بالأشعة والمختبرات الطبية، ومراكز الغسيل الكلوي، وغيرها. ويمكن أن تكون خدمات هذه المستشفيات ضمن الإطار الحكومي، أو في إطار خدمات التأمين الصحي، أو مملوكة للقطاع الخاص، أو لمؤسسات خيرية أهلية غير هادفة للربح.

٢- سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية:

تشتمل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية على ثلاثة أسواق فرعية متعلقة بالموارد اللازمة لإنتاج الخدمات الصحية كالعمالة والأدوية والمعدات والأدوات الطبية، ويتمثل ذلك فيما يلي:

- سوق العمالة الصحية:

وتشمل جميع فئات العمالة التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية كالأطباء، وأفراد هيئة التمريض، والعمالة الفنية لكافة التخصصات كالأشعة والمختبر والصيانة، والعمالة غير الفنية كالحرفيين والمستخدمين وغيرهم. وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق أخر خلفي، وهو سوق تعليم المهن الصحية، والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي والصحي، حيث يمثل الخريجون من هذه المؤسسات جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.

- سوق المنتجات الدوائية:

ويمثل جانب العرض في هذه السوق منتجات الصناعات الدوائية المختلفة، وكذلك المؤسسات والوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية، سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.

- سوق المعدات والأدوات الطبية:

ويشتمل جانب العرض في هذه السوق على منتجات صناعات المعدات والأدوات والمستلزمات الطبية، وكذلك تجارة الجملة والتجزئة لهذه المعدات والأدوات.

الطلب على الخدمات الصحية Health Services Demand:

الطلب على الخدمات الصحية لا يعني «الحاجة» أو «الاحتياج» إلى هذه الخدمات، فالفقراء والمحرومون لديهم حاجات صحية عديدة ولكن ليس لديهم قوة شرائية لإشباع هذه الحاجات باستهلاكها أو الانتفاع بها، وبالتالي لا يستطيعون «طلب» السلع أو الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. ويعرف الاقتصاديون الطلب بصفة عامة بأنه «الرغبة في شراء سلعة أو خدمة، وتساند هذه الرغبة القوة الشرائية اللازمة». والطلب عبارة عن تدفق عبر الزمن مثل زيارة مريض لطبيب الأسنان للمتابعة كل شهر مثلاً، أو العلاج الكيماوي الأسبوعي لمرضى بعض أنواع السرطان، وتعني الزيادة في الطلب زيادة مستمرة في معدل هذا التدفق. والمسألة المهمة هنا هي هل يوجد اختلاف في طبيعة الطلب على الخدمات الصحية عن الطلب للسلع والمنتجات والخدمات التي تقدمها المنظمات غير الصحية.

طبيعة وخصائص الطلب على الخدمات الصحية:

يأتي وينبع الطلب على الخدمات الصحية من الطلب على الصحة كقيمة مطلوبة في حد ذاتها، إذ إن كل مكونات الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة، فالخدمات الصحية لا تطلب لذاتها ولكن تطلب لرغبة الفرد في التمتع والاحتفاظ بمستوى صحي جيد يحسن مستوى حياته ذاتها. ومن هنا تأتي صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية، لأن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة. وهذا ما تم الإشارة إليه من قبل عند الإشارة عن صعوبة تعريف الصحة، كما يختلف الطلب على الخدمات الصحية باختلاف التركيب العمري للأفراد المجتمع.

كما يمكن النظر إلى الطلب على الخدمات الصحية باعتباره طلب ضرورة أو «شراء ضغط» في أغلب الأحوال. فدخول أي فرد لغرفة العمليات لإجراء جراحة أمرٌ غير مستحبٌ، وكذا زيارة طبيب الأسنان التي تعتبر غير مريحة عند السواد الأعظم من الناس، تمثل شراءً ضرورياً تحت ضغط الألم الذي يشعر به المريض، فيسرع لزيارة الطبيب للتخلص من هذا الألم واستعادة صحته أو تحسنها.

ويتمتع الطلب على الخدمات الصحية بميزة أخلاقية تحت حماية القانون الذي يمنع عارضي الخدمات الصحية من القيام بحملات إعلانية ترويجية مضللة لزيادة الطلب على الخدمات الصحية. إذ يجب أن تكون هناك قيم أخلاقية تمنع الاتجار بصحة الناس أو الإضرار بها، أو التلاعب والتضليل من أجل تحقيق المكاسب المادية فقط

كما يختص الطلب على الخدمات الصحية بخاصية صعوبة تقدير وتقييم «المنفعة» الناتجة عن العلاج لنقص المعلومات المتعلقة بكفاءة العلاج والذي يحتاج إلى دقة في التشخيص، مما يؤدي إلى قدر كبير من عدم التأكد من نتائج بعض أنواع العلاج. فالمشتري للسلع الأخرى غير الخدمات الصحية لن يقبل على شراء سيارة أو ثلاجة مثلاً وهو يعلم أنها قد لا تحقق له منفعة بنسبة عالية، في حين أن بعض أنواع العلاج يقبل على شرائها الأفراد رغم أن نسبة نجاحها قد يكون مشكوكاً فيها بدرجة كبيرة.

والطلب على الخدمات الصحية يمكن أن يكون متقلباً أو موسمياً، بمعنى عدم توزيعه بالتساوي على مدار العام، ولذلك يصعب التنبؤ عادة بحجم الطلب على هذه الخدمات. فبعض الأمراض تكون أكثر انتشاراً في فصل معين من السنة، أو قد تظهر حالات مرضية بطريقة فجائية كوباء «سارس» أو وباء «أنفلونزا الطيور» اللذين أزعجا العالم كله وخاصة في منطقة الصين وشرق آسيا في السنوات الأخيرة. إلا أن ذلك لا يمنع التنبؤ بالطلب على بعض أنواع الخدمات الصحية كجراحات التجميل وتقويم الأسنان على سبيل المثال (وهي ضمن ما يمكن تسميته بالخدمات الانتقائية)، لكونها خدمات ثابتة نوعاً ما.

وينطبق قانون الطلب على الخدمات الصحية حيث يوجد علاقة عكسية بين سعر الخدمة الصحية والكمية المطلوبة من الخدمات من جانب مستهلكيها. فعندما ينخفض سعر الخدمة الصحية يزداد عدد المرضى الذين يطلبون تلك الخدمة، لأن بعض المرضى ذوي الدخول المنخفضة الذين كانوا لا يستطيعون دفع سعر الخدمة

الصحية قبل انخفاض سعرها سيتمكنون من دفع سعرها المنخفض بعد ذلك. ويؤدي أيضاً انخفاض سعر الخدمة الصحية إلى زيادة عدد مرات طلب الخدمة الصحية في نفس الفترة الزمنية من جانب هؤلاء المرضى القادرين على دفع سعر الخدمة الصحية المرتفع سابقاً. ويظهر ذلك في التردد على الطبيب أكثر من مرة في الشهر مثلاً مقارنة بالاكتفاء بزيارة الطبيب مرة واحدة في الشهر عندما كان سعر الخدمة مرتفعاً قبل ذلك. ويعتبر عامل الدخل أحد العوامل المحددة للطلب على الخدمات الصحية حيث نجد مثلاً أن عملية زرع الأسنان يعتبر علاجاً ناجحاً جداً ولكنه مكلف جداً نسبياً، وبالتالي قد يفرض عامل الدخل على المرضى أنواعاً من العلاج الأدنى تكلفة ليكون بديلاً (ولكنها قد تكون مناسبة أيضاً) عن زراعة الأسنان. كما أنه قد يكون هناك أكثر من نوع واحد للعلاج المتاح لمرض معين، وإذا كانت كلها على نفس القدر من الفاعلية فإنه يمكن اتخاذ القرارات العلاجية على أساس السعر (بالإضافة لعنصر الملاءمة بالطبع من الناحية الطبية)، وبالتالي ينخفض الطلب على نوع العلاج الأعلى سعراً ويزداد بذلك الطلب على نوع العلاج الأقل سعراً. وأكثر مثال على ذلك أنواع الأدوية التي تعالج نفس المرض والتي تحتوي على نفس المادة الفعالة وبدرجة فاعلية واحدة. وهناك بعد آخر لنفس المسألة على مستويات الكيانات الصحية نفسها، فقد ينخفض الطلب على خدمات المستشفيات أو عيادات الأطباء بعاصمة الدولة (حيث تتركز عادة المستشفيات الكبيرة والأطباء الأكثر شهرة) إذا ما انخفضت أسعار الخدمات الصحية بالمناطق المحلية، أو ذاعت شهرة بعض الأطباء خارج العاصمة مع انخفاض تكلفة العلاج لديهم عنها في عاصمة الدولة.

وعنصر ذوق المستهلك، والذي يفضل تسميته في مجال الخدمات الصحية برغبة أو ارتياح المريض لنوع ومفردات العلاج والذي يتأثر بالنصيحة والمعلومات والأدلة البحثية، مما يؤدي إلى خلق ما يسمى «بالرأي المستنير» وهو الذي يؤثر في النهاية على طلب الخدمات الصحية. والمثال على ذلك أن استئصال اللوزتين للأطفال كان اعتقاداً شائعاً لدى الكثير من الأسر في الماضي ولكنه لم يعد كذلك في الوقت الحاضر.

ويؤدي عنصر حجم وهيكل السكان دوراً كبيراً في التحولات الجوهرية في طلب الأفراد على الخدمات الصحية. فانخفاض عدد المواليد على سبيل المثال قد يعني انخفاض الطلب على خدمات وأسرة التوليد، وكذلك على خدمات أطباء الأطفال. والتغير في هيكل السكان في اتجاه زيادة العمر المتوقع للسكان سيؤدي إلى زيادة الطلب على خدمات طب الشيخوخة وعلاج أمراض المسنين، ومنتجات الكراسي المتحركة

وأدوات المشي المساعدة للمسنين على سبيل المثال، وسيكون هناك حاجة مثلاً إلى أدوية مثل تلك الأدوية التي تعالج مرض «الزهايمر» (نقص القدرة العقلية لكبار السن).

ومن العوامل الأخرى التي تؤثر على طلب الخدمات الصحية الإنفاق الحكومي على تلك الخدمات بالإضافة إلى عنصر التغطية بمظلة التأمين الصحي. فتزايد نسبة الإنفاق الحكومي على الخدمات الصحية والتوسع في سياسة التغطية بخدمات التأمين الصحي يؤدي إلى تناقص تأثير السعر على استخدام المرضى للخدمات الصحية، وكذلك على اختيارهم للجهة التي تقدم هذه الخدمات. وكل ذلك يؤدي في النهاية إلى زيادة الطلب وتنوعه على الخدمات الصحية.

وهناك حالة خاصة لمحددات الطلب على الخدمات الصحية وهي عندما تقدم الخدمات الصحية مجاناً، فهنا لا يصبح لسعر الخدمة الصحية، أو دخل الأفراد، أو أسعار السلع البديلة والتكميلية، ولا حتى توقعات الدخل أو الأسعار أي دور يذكر في التأثير على طلب تلك الخدمة الصحية المجانية. ولكن يمكن أن تتأثر الكمية المطلوبة من الخدمة بعوامل أخرى مثل:

- تكلفة بعض المستلزمات الطبية التي لا تدخل ضمن الخدمة المجانية كالعدسات والنظارات الطبية على سبيل المثال والتي يتم تنفيذها على نفقة من يرغب في استعمالها. ولذلك فإن ارتفاع أسعار النظارات الطبية قد يؤدي إلى انخفاض الطلب على خدمة اختبارات النظر المجانية.
- تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد.
- قيود العرض، مثل وجود قوائم انتظار طويلة لبعض الخدمات الصحية.

عرض الخدمات الصحية Supply of Health Services:

العرض السوقي للسلعة أو الخدمة هو إجمالي الكميات التي يعرضها المنتجون للبيع أو الاستهلاك. والعرض عبارة عن تدفق عبر الزمن ويتحدد بسعر السلعة أو الخدمة إلى جانب عدد من العوامل الأخرى. ويلزم الإشارة إلى أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظيم بحيث لا يترك لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية.

العوامل المحددة للعرض:

من المفترض والمتوقع أن ترتبط كمية السلع أو الخدمات المعروضة في السوق

ارتباطاً مباشــراً مع ســعرها، فإذا زاد الســعر تزداد الكمية المعروضة من السلعة أو الخدمة بافتراض ثبات العوامل الأخرى. فهناك عوامل عديدة خلاف السـعر تحدد مســتوى العرض للسلعة أو الخدمة. فبالنسبة لأثر أسعار السلع أو الخدمات الأخرى نجد على ســبيل المثال أنه إذا انخفضت أسعار الإقامة في دور الرعاية للمسنين، فقد يختار الملاك عرض أماكن للمسنين الذين لا تحتاج حالاتهم إلى رعاية تمريضية كبيرة جداً. وكذلك إذا انخفضت تكاليف المستشفيات الخاصة، فإن وثائق التأمين الصحي الخاص ســتصبح أكثر ربحية لشــركات التأمين وســترغب هذه الشركات بالتالي في زيادة عرض هذه الوثائق.

وإذا ارتفعت تكاليف عناصر الإنتاج (أسعار المدخلات) للخدمة أو السلعة مع ثبات العوامل الأخرى، فإن إنتاجها سيصبح أقل ربحية عن ذي قبل عند سعر محدد، وهذا ما يحدث أحياناً في حالة اتفاق مستشــفى ما مع جهة تأمين صحي لتقديم الخدمات الطبية بأســعار متفق عليهــا للمنتفعين بمزايا التأمين الصحي لهــذه الجهة في أول عام محدد، ثم ترتفع أســعار المدخلات اللازمة لإنتــاج الخدمات الطبية، فيحدث أن تقــل ربحية المستشــفى عن الحد المتوقع من قبل أو حتــى قد تصل إلى حد معين من الخســارة. وبالتالــي قد يؤدي ذلك إلى إحجام المستشــفى في المســتقبل عن عرض خدماتها لمثل هذا النوع من التعاقد.

وتســاعد التكنولوجيا الحديثة على زيادة عرض بعض الخدمات عندما يترتب على ذلك تخفيض التكاليف أو اســتخدام المدخلات الأخرى ذات الإنتاجية العالية. ومثال علــى ذلك العمليات الجراحية الحديثة باســتخدام المناظير الضوئية والتي تقلل طول مدة الإقامة بالمستشفى وبالتالي التكاليف النهائية للعملية الجراحية، ومما يترتب عليه زيادة في العرض وخاصة في حالة ظروف نقص الأسرة بالمستشفيات.

الحاجة إلى التسويق الصحي The Need for Health Marketing:

يتأثر سوق أي سلعة أو خدمة بأربعة متغيرات أساسية هي: السلعة أو الخدمة محل التداول في الســوق، وجانب العرض في السوق ويمثله منتجو تلك السلعة أو الخدمة، وجانب الطلب ويمثله مســتهلكو السلعة أو الخدمة، ثم السعر السوقي لتلك السلعة أو الخدمة الذي يتحدد تبعاً لتفاعل قوى العرض والطلب الحاكمة للســوق بالنسبة لهذه الســلعة أو الخدمة. وتتحدد قرارات العرض والطلب في أســواق الخدمات الصحية مــن خلال النظــم المختلفة لتقديم هذه الخدمات والتي قــد تختلف من دولة لأخرى. ففي بعض الدول كالمملكة المتحدة لا يســمح للمريض باستخدام خدمات الأخصائيين

إلا بخطاب تحويل من الممارس العام، ويستثنى من ذلك حالات الطوارئ، وبذلك يعمل الممــارس العام كحارس لبوابة اســتخدام الخدمات الصحيــة (Gate keeper) وبذلك يمكن ترشيد استخدام الخدمات الصحية إلى حد ما.

والمفهوم التسـويقي الحديث يسـاعد القائمين على تقديم الخدمات الصحية على الوصول بالخدمة الصحية إلى المسـتوى الذي يرغب فيــه ويحتاج إليه أفراد المجتمع وهيئاته ومؤسســاته، كما يساعد أيضاً في التعامل مع المعوقات التي تعيشها «صناعة الخدمــات الصحية» في عصرنا الحالي من تعقد التخصصات الفنية الطبية، وارتفاع أســعار الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة والمعقدة، والزيادة في التكاليف الاستثمارية الأخرى كالمباني والتجهيزات، وارتفاع أجور العمالة الطبية وخاصة الأطباء، وانتشار نظم التأمين الصحي وتعددها، وظهور المنافسة الرهيبة في أسواق الخدمات الصحية.

وتنتهج المنظمات التي تعمل في مجال الخدمات الصحية أسلوب التبادل في معاملاتها مع المستفيدين الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية، فهي تقدم قيمة مقابل قيمة أخرى تحصل عليها من المســتفيدين من خدماتها، والتبادل كما أشرنا إليه من قبل هو الفكرة التي يقوم عليها التســويق. والمنظمات الصحية تمارس أنشطة التسويق بإدراك أو ربما بدون إدراك في بعض الأحيان، فهي تعمل في أســواق متعددة، وتطبق مفاهيم وأساليب تســويقية معينة في التعامل مع كل سوق، وهذا كله يساعدها على إجراء عملية التبادل المرغــوب فيه لتحقيق أهدافها بأكبــر قدر من الكفاءة من خــلال المواءمة بين المنظمة واحتياجات ومتطلبات ورغبات أفراد المجتمع الذي تخدم فيه هذه المنظمات.

وبســبب بعض الخصائص الخاصة بطبيعة الخدمات الصحية كان البعض يرى أنه لا مســوّغ لمحاولة تسويق خدمات تلك المنظمات، فهي خدمات غير ملموسة، وتستهلك بمجرد إنتاجها، وتتكفل بها الحكومة في بلاد عديدة وتقدمها بالمجان، ويحصل عليها الفرد بمجرد احتياجه إليها تلبية للبعد الاجتماعي المطلوب لهذه الخدمات التي يجب توفيرها لعامة الناس. ولكن المتعمق والخبير بأسواق الخدمات الصحية يلحظ تعدداً كبيراً في طبيعة منظمات الخدمات الصحية بين منظمات حكومية ومنظمات خاصة، ومنظمات تهدف للربح وأخرى لا تهدف إليه، ومنظمات تقدم الرعاية الصحية الأولية وأخرى تقــدم الرعاية الصحية الثانويــة وثالثة تقدم الرعايــة الصحية المتخصصة، وعيــادات طبية فردية وأخرى جماعيــة. كما تتعدد أيضاً الأســواق التي تعمل فيها هذه المنظمات من أســواق وسطاء وأسواق مؤسسات والأسواق المستهدفة للسكان في المجتمعات التي يعيشون فيها. كل ذلك يوجد في بيئة تكنولوجية واقتصادية واجتماعية

تـزداد فيها تطلعات ورغبات واحتياجات النـاس من الخدمات الصحية، وتتطور فيها الابتكارات الطبية كل يوم، وتزداد تبعاً لذلك تكلفة هذه الخدمات باسـتمرار مما جعل أكثر الحكومات الغنية تنوء بحمل تكلفة هذه الخدمات فما بالك بالدول الفقيرة منها، ووجـود تنافس كبير بين هذه المنظمات لإرضاء المسـتهلك واجتذابه، لدرجة أنه تكاد لا تخلو صحيفة أو مجلة أو محطة تليفزيونية من إعلانات عن تقديم خدمات صحية محددة من جهة معينة. أليس كل ذلك في الواقع إلا البيئة التي يلزم لها ويحتاج فيها وبشدة إلى الأنشطة التسويقية.

ومع أن هدف التسـويق عنـد الكثير من المنظمات وخاصة فـي المجال الصناعي والتجـاري هو تحقيـق الربح، إلا أن التغيرات التسـويقية الحديثة شـملت قطاعات اجتماعيـة وخدمية أخـرى مثل الرعايـة الصحية بعـد ظهور ما يعرف بالتسـويق الاجتماعي، فقد اتضح أن الخدمات تسهم بما قيمته ٧٤ ٪ من إجمالي الدخل القومي الأمريكي (عام ٢٠٠١م)، ونسـبة ٥٥ ٪ مـن إجمالي الوظائف بها (عام ١٩٩٣م)، وربع قيمـة تجارة العالم الدولية الحالية، ونحو ٦٠ ٪ من حجم الاقتصاد الحالي في الدول المتقدمـة [٢٨]. ولقد ظهر أنه مـن مصلحة المنظمات الصحية التي تهدف للربح والتي لا تهدف للربح أن تسـعى لتحسين الخدمات الصحية، وتطلعت في سبيل تحقيق ذلك لوظيفة التسـويق بغرض إيجاد طرق جديدة لحل مشـاكلها، وللحفاظ على سـمعتها ومستوى خدماتها وتحسينه، وللعمل على جذب أفضل الأطباء والعمالة الطبية المؤهلة، وللبحث عن موارد جديدة تمكنها من الاسـتمرار والتطوير في ظل المنافسـة، ولإقامة علاقات اجتماعية جيدة وقوية مع جميع مكونات البيئة التي تخدم فيها.

وقـد قام «كوتلر» بتعريف التسـويق الصحي كوظيفة إداريـة في مجال الخدمات الصحية على أنه «التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة على البرامج المعدة بدقة نحو تحقيق قيمة تبادلية اختيارية (طوعية) مع الأسـواق المسـتهدفة بهدف بلوغ ما تسعى إليه المنظمات الصحية من أهداف، معتمدة في ذلك على ملاقاة حاجات تلك الأسواق ورغباتها، ومن خلال الاسـتخدام الفعال للتسـعير والاتصالات والتوزيع بغرض إعلام السـوق وإيجاد الدافع لدى الأفراد وخدمتهم» [٢٩]. ويبين هذا التعريف أن التسـويق عملية إدارية تشمل التحليل والتخطيط والتنفيذ والرقابة، وينظر إلى هذه العملية على أنهـا عملية جماعية لها برامج موضوعة ومخططـة لغرض معين وليس لمجرد أعمال لتحقيق ردود فعل مطلوبة. وهدف هذه العملية هو إحداث تبادل تطوعي أو اختياري للخدمات الصحية التي لها قيمة ومنفعة للمستفيدين منها، وهذا التبادل لا يحدث إلا

إذا كانت هناك استجابة من طرفين. وهذا الاختيار يتم من خلال الأسواق المستهدفة؛ إذ لكل سوق أو شريحة سوقية احتياجاتها ورغباتها من الخدمات الصحية، فتقديم ما يشبع حاجات أفراد المجتمع يعتبر هدفاً رئيساً للمنظمة الصحية، بالإضافة إلى هدف تحقيق الربح بالنسـبة للمنظمات الصحية التي تهدف للربح، أو هدف خدمة المصلحة العامة عن طريق رفع المسـتوى الصحي للمواطنين للمنظمات الصحية التي لا تهدف للربح. كما أن التطبيق الصحيح للمبادئ التسـويقية يسـهم إسـهاماً فعالاً في حسن استخدام الموارد الصحية واجتذاب الأطباء والموظفين والفنيين لتحسين جودة الخدمة المقدمة، وبالتالي اجتذاب أكبر عدد ممكن من الشريحة التسويقية المستهدفة.

الخصائص المميزة للخدمات الصحية:

السؤال المنطقي الذي يجب طرحه عند التعرض لموضوع تسويق الخدمات الصحية هو: هل يختلف تسويق الخدمات الصحية عن تسويق السلع؟، والإجابة المنطقية أيضاً يجب أن تكون في جانب الاختلاف. فالخدمات الصحية تتميز أو تتصف بأربعة فروق رئيسة عن السلع هي [٤٠]، [٤١]، [٤٢]، [٤٣]:

١- عدم التجسد المادي Intangibility:

فالخدمـة الصحية غير ملموسـة وليس لها كيان مادي ولا يمكـن بالتالي إدراكها بالحـواس الخمس، ومن ثم لا يمكن عرضها كما تعرض السـلعة أو حيازتها وتملكها، ولا يمكـن نقلها أو تخزينها أو تعبئتها أو فحصها قبل الشـراء فهي تسـتهلك لحظة إنتاجها عادة، ولا يستطيع مقدم الخدمة أن يجسد منافعها عملياً لطالب الخدمة.

٢- الفناء Perishability:

ويعني ذلك عدم إمكان تخزين الخدمة بغرض بيعها مستقبلاً، ومن ثم فإن الطاقة الفائضة لا يمكن تأجيل اسـتخدامها من وقت معين لا نحتاج فيه إليها إلى وقت آخر نحتاج إليها فيه، وعلى هذا فإن مقدم الخدمة عليه أن ينظم استخدامها ما أمكن وفق احتياجات الطلب.

٣- عدم الانفصال (التلازم) Inseparability:

بمعنى أن الخدمة تتلازم مع مقدمها، فجودة الخدمات الصحية تتلازم ولا تنفصل عـن مهارة وخبرة مقـدم الخدمة، فجودة خدمة مريض بأزمة قلبيـة بالعناية المركزة يقدمها خبير متخصص في هـذه الحالات ولديه جميع الأجهزة والأدوات التي تمكنه

من تقديم خدمة متخصصة عالية الجودة تختلف عن جودة خدمة هذا المريض بمركز صحي يقدمها طبيب ممارس عام مبتدئ يفتقر إلى كل المقومات السابقة.

٤ - التنوع Heterogeneity variability:

ويعني ذلك عدم التماثل أو عدم التجانس، بمعنى التنوع في جودة الخدمة حتى لو كانت مقدمة من الشخص نفسه أو في المكان نفسه، فقد تختلف جودة علاج مريض معين مصاب بمرض ما من وقت لآخر في نفس مكان تقديم الخدمة لأسباب متعددة. وهذا التنوع يحدث صعوبة في دقة وسلامة تشخيص المشكلة (تشخيص وعلاج المريض)، كما تنشأ عنه صعوبة تنميط الخدمة كما هو الحال في المجال الصناعي مثلاً (تحديد وتثبيت نمط الخدمة)، وعدم إمكانية خضوعها لما يطلق عليه الإنتاج الكبير.

ويمكن من خلال ذلك تلخيص أهم الفروق الرئيسية بين السلعة والخدمة كما هو مبين بالجدول التالي رقم (٢-٢).

جدول رقم (٢-٢)
أهم الفروق الرئيسية بين السلعة والخدمة

السلعة	الخدمة
السلعة ملموسة، والحيازة فيها سند الملكية.	الخدمة غير ملموسة، وليس لها كيان مادي يمكن تملكه، وتتوقف قيمة الخدمة على الخبرة.
يمكن تخزين السلعة لاستعمالها في وقت آخر عند الحاجة إليها.	تتميز الخدمة بالفناء السريع، ولا يمكن تخزين الطاقة الفائضة في الخدمة أو تحويلها للاستخدام في وقت آخر.
يمكن تصنيف السلعة إلى مستويات حسب جودتها، ويمكن الحكم على جودة السلعة بالحواس البشرية.	الخدمة تتلازم مع مقدمها، ولا يمكن الفصل بين جودة الخدمة ومن يقدمها.
يمكن تنميط السلعة، ويمكن إنتاجها وفق نظام الإنتاج الكبير، ويمكن تطبيق أنظمة دقيقة لرقابة جودتها.	تتعدد مستويات جودة الخدمة باختلاف مقدمها، وباختلاف وقت تقديمها، ومن الصعب تنميطها أو إنتاجها إنتاجاً كبيراً.

وإلى جانب الخصائص الأساسية الأربع التي أُشير إليها توجد بعض الخصائص الأخرى المميزة للخدمات الصحية، والتي تؤثر في أسلوب العمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به للمستهلكين لهذه الخدمة. ويمكن تحديد هذه الخصائص فيما يلي (٤٤)(٤٥):

١- تتميز الخدمات الصحية بخاصية العمومية، بمعنى أنها تقدم للجميع بهدف تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستحقين لها سواء كانوا أفراداً أو منظمات أو هيئات.

٢- الخدمات الصحية يلزمها بالضرورة أن تكون على درجة مناسبة من الجودة؛ لأنها مرتبطة بصحة الإنسان وقدرته على التمتع بمستوى حياة أفضل تمكنه من أن يكون منتجاً ونافعاً لنفسه وأسرته ومجتمعه. ولذلك لا ترتبط الخدمات الصحية بشكل مادي يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، ولذا فإن معيار الأداء للخدمة الصحية يلزمه الأداء العالي والخضوع للرقابة الإدارية والفنية الواضحة التي تضمن هذا المستوى العالي.

٣- تتأثر الخدمة الصحية بالقوانين والأنظمة الحكومية بطريقة مباشرة، وخاصة فيما يتعلق بتبعيتها للدولة من عدمه (تبعيتها للقطاع الخاص). وهذا يتعلق بتحديد منهج العمل بالمنظمات الصحية، والخدمات الصحية التي تقدمها، والكيفية التي تقدم بها هذه الخدمات.

٤- تتميز المنظمات الصحية بتوزيع سلطة وقوة اتخاذ القرارات بين مجموعتين هما جهة الإدارة ومجموعة الأطباء، أو ما يسمى بخط السلطة المزدوج، وهذا الوضع الفريد يخلق مشاكل عديدة فيما يتعلق بتنسيق العمل، والمحاسبة عليه، واختلاط الأدوار.

٥- معظم تمويل الخدمات الصحية يأتي من طرف ثالث Party Third (الدولة، وشركات التأمين، الجهات والمؤسسات خيرية، وغيرها)، وليس من خلال البيع المباشر للمنظمة الصحية لخدماتها الصحية. وهذا يفرض باستمرار ضرورة قيام إدارة المنظمة الصحية بفهم طبيعة الموازنة بين ما تحصل عليه هذه المنظمات من تمويل وطبيعة وجدوى وقيمة الخدمة الطبية التي يجب أن تقدم لمن يحتاج إليها فقط.

٦- يرتبط تقديم الخدمة الصحية بضرورة وجود المستفيد من الخدمة نفسه وقت تقديمها، فلا يمكن الكشف أو إجراء تحاليل أو أشعة إلا على المريض نفسه ولا يقبل أن يُفوِّض شخص آخر في ذلك مثلما يحدث عند شراء السلع الإنتاجية

مثلاً. وهذا ينعكس على طبيعة الإجراءات الإدارية التي يلزمها اتخاذها للحصول على الخدمة الصحية.

٧- لارتباط الخدمة الصحية بحياة الإنسان؛ لا يمكن في كثير من الأحيان تطبيق المعايير والمفاهيم الاقتصادية المتعارف عليه والمطبقة على تقديم خدمات أخرى كالسياحة والفنادق مثلاً. فنحن نسمع عن بعض الصفات التي اشتهر بها من يعملون في مجال صحة الإنسان مثل ملائكة الرحمة، والمهنة الإنسانية، والرسالة والعرف في الصحة ... إلخ.

٨- تقديم الخدمة الصحية يستلزم من المنظمة الصحية ضرورة الاستعداد المبكر وتنظيم العمل لمواجهة تقديم الخدمة نظراً لتذبذب الطلب على الخدمة على مدار ساعات اليوم، أو أيام الأسبوع، أو الموسم. إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار عن عدم الاستجابة لطلب الخدمة؛ لأن الأمر يتعلق بحياة وصحة الإنسان، كما يعتبر ذلك أيضاً تخلياً عن الدور الإنساني للمهنة وعرفها. في حين يكون عدم تلبية طلب تقديم الخدمة مقبولاً في مؤسسات أخرى منتجة لخدمات، إذ يمكن الاعتذار عن عدم تقديم الخدمة مثلما يحدث مثلاً عند عدم وجود أماكن شاغرة في الفنادق.

٩- الصعوبة الشديدة في تعريف وقياس مخرجات الخدمات الصحية، مثل تحسن المستوى الصحي، وتطوير رعاية الأمومة والطفولة، وزيادة جودة الخدمة وغيرها.

١٠- العمل في الخدمات الصحية معقد ومتنوع، ويشترك في تقديم نفس الخدمة عدد كبير من الأطباء والفنيين والإداريين، لتنفيذ مجموعة متكاملة من الإجراءات مثل الكشف الطبي وإجراء الفحوص والأشعة والتنويم والأدوية والرعاية المنزلية وغيرها.

١١- جزء كبير من عمل المنظمات الصحية له طابع التدخل السريع أو الطوارئ والذي لا يمكن تأجيله.

١٢- لا تسمح طبيعة العمل بالمنظمات الصحية باحتمال وجود الخطأ أو الإهمال، لأنه يتعلق بصحة الإنسان.

١٣- يتسم العمل الصحي بالقدرة العالية على الاعتمادية المتبادلة بين أعضاء الفريق الصحي، وهذا يستلزم درجة عالية من التنسيق في العمل.

١٤- العمل في المنظمات الصحية يتميز بخاصية وجود درجة عالية من التخصص الفني والذي يتطلب المواكبة المستمرة لكل تطور يحدث في المجال الطبي.

١٥- خاصيـــة التخصـــص في العمل الصحـــي تفرض درجة عالية مـــن المهنية، والتي تقتضي الولاء أولاً للمهنة وليس للمنظمة الصحية. وهذا يؤدي أيضاً إلى صعوبة فرض التحكـم الإداري والتنظيمي على المجموعة التي تنتج العمل في الأســاس وهي مجموعة الأطباء. ولذلك يقال عادة إن الوظيفة الحاكمة في العمل الصحي هي وظيفة الطبيب، وبدون وجود أطباء لا يوجد عمل طبي.

مما ســبق يمكن مناقشـــة ســؤال مهم يتعلق بماهية الخدمات الصحية من ناحية وصفهـا بأنهـا خدمات متفـــردة Unique في طبيعتهـــا دون باقي الخدمـــات أم لا. فبالنســبة لخاصية صعوبة تعريف وقياس المخرجات نجــد أن الجامعات أيضاً لديها هـــذه الخاصية، فلا يمكن الاعتماد فقط علـى عدد الطلاب المتخرجين من الجامعة، أو على عدد الســاعات الدراســية، أو متوسط درجات الطلاب للحكم مثلاً على جودة العمليـــة التعليمية. كما توجد بعض منظمات الخدمات كالشـــرطة وخدمات الإطفاء يتصف عملها بخاصية التعقيد والتنوع والاستعجال (الطوارئ) كما هو الحال بالنسبة للخدمات الصحية. كما أن خدمات الطيران، على سبيل المثال، تقتضي عدم تحمل أي أخطاء أو إهمال. كما أن الأعمال الموســيقية تتسم بدرجة عالية أيضاً من الاعتمادية المتبادلة وإلا أصبحت نوعاً من الضجيج. وإذا نظرنا إلى خاصية التخصص الشـــديد للخدمـــات الصحية نجد أن هذه الخاصية متوافرة أيضاً فـــي المنظمات الكبيرة التي تقوم بالأعمال والاستشارات القانونية في تخصصات متعددة. كما أن مراكز الأبحاث والجامعات تعاني أيضاً عدم القدرة على التحكم في منســوبيها نظراً لخاصية المهنية العالية التي يتمتع بها العاملون فيها.

وبالتالي يصبح شـــعور القائمين على الخدمات الصحية بأنها خدمات متفردة ذات خصائـص ليس لها مثيل بين المهن الأخـــرى ليس صحيحاً في مجمله، بل قد يضرهم الإيمـــان بهذا المفهوم على إطلاقه لعدم قدرتهم على تطوير عملهم ضمن هذا المفهوم، أو حتى الاستفادة من خبرات المهن الأخرى.

ولكـــن من ناحية أخرى يمكن القـــول إن الخدمات الصحية تعد بحق خدمات «غير عادية» – في حالة القبول بفكرة أنها خدمات غير متفردة – لأنها تحظى بكل الخصائص الســـابقة مجتمعة، في حين أن منظمات الخدمات الأخرى قد تحظى بخاصية أو أكثر من هذه الخصائص وليس كلها مثلما هو حال الخدمات الصحية.

مراجع الفصل الثاني:

١- وقائع منظمة الصحة العالمية، الإستراتيجية العالمية لتحقيق الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠م، ملخص توجيهي، المجلد ٣٥، العدد ٤، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١م. ص ١٣٩.

٢- حتاتة، شريف، الصحة والتنمية، مكتبة الصحة والطفل، دار المعارف، القاهرة، مصر، ١٩٦٨م. ص ٩.

٣- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم، دار النهضة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩١م، ص ٣.

٤- جامع، أحمد، المالية العامة، الجزء الأول، مكتبة سيد عبد الله وهبة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٧٨م، ص ٢٠.

5- Kotler, Philip and Armstrong, Gary, Principles of Marketing, 7th edition, Prentice-Hall International Inc., 2002. P. 659.

٦- فراي، جون، الاقتصاد والسياسة والمجتمع، الفصل الثالث من «الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠»، لونجمان جروب، اسكس، المملكة المتحدة. ص ٤٥.

٧- جاد الرب، سيد محمد، إدارة منظمات الأعمال: منهج متكامل في إطار الفكر الإداري التقليدي والمعاصر، مطبعة العشري، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م. ص ٩.

٨- الخضيري، محسن، البعد الاجتماعي المطلوب للخطة القادمة، الكتاب التاسع عشر لجماعة خريجي المعهد العالي للإدارة العليا، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٥م. ص ٩٠.

9- World Health Organization, Primary Health Care - Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. (Principle Document), Geneva, 1978.

10- Freeland M. and Schendler CE., National Health Expenditure Growth In the 1980s: An Aging Population: New Technologies and Increasing Competition, Health Care Fin. Review, 4, No. 3: 1-27, 1983. P. 12.

11- Mausner J. and Kramer S., Epidemiology: An Introductory Text, 2nd Edition, W. B. Saunders Company, 1985.

١٢- منظمة الصحة العالمية، الوثائق الأساسية، الطبعة الثالثة والثلاثون، جنيف، ١٩٨٢. ص ١.

13- Mahler H., Health for all by the year 2000, World Health Statement, Feb.-Mar., 1981.

14- Sulivan D. F., Conceptual Problems in Developing an Index of Health, U.S. Department of Health, Education and Welfare, USPHS Pub. No. 1000, Series 2, No. 17, U. S. Gov. Printing Office, Washington D. C., 1966.

15- Detels R., McEween J., Beaglehole R. and Tanaka H., Oxford Textbook of Public Health: The Scope of Public Health, 4th Edition, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, U.K., 2002. P. 387.

16- Aday L. and Anderson R., A Framework for the Study of Medical Care, 1974. P. 208.

17- Stephen J. Williams and Paul R. Torrens, Introduction to Health Services, 1980. P. 31.

18- Samuel L. and N. Paul Loomba, Health Care Administration, A Managerial Perspective, 2nd Edition, J. B. Lippincot, Philadelphia, U.S.A., 1984. P. 5.

19- Wildavisky A., Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Care, W.W. Norton, New York, U.S.A., 1977. P. 105.

٢٠- البكري، ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٥م. ص ٣٥.

٢١- بدوي، هناء حافظ، إدارة وتنظيم المؤسسات الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٢م. ص ٧٦.

22- McGibony John R., Principles of Hospital Administration, Putmans and Sons, N. Y., U.S.A., 1983. P. 18.

23- Rue Leriew and Holland Phyllis, Strategic Management Concepts and experiences, 2nd ed., McGrow-Hill Inc., 2003. P. 108.

٢٤- لامبولا، ت.ا.، السياسة والإيديولوجية والصحة، منبر الصحة العالمي، مجلة دولية للتنمية الصحية، المجلد الأول، ١٩٨٠م.

٢٥- عبيدات، محمد، مبادئ التسويق: مدخل سلوكي، الطبعة الأولى، الشرق الأوسط للطباعة، عمان، الأردن، ١٩٩٩م. ص ٤٠.

٢٦- غراب، كامل السيد وآخرون، نظم المعلومات الإدارية: مدخل إداري، مكتبة ومطبعة شعاع الفنية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٩م، ص ٧٢.

٢٧- موسى، نبيل عزت، نظم المعلومات الإدارية: الإطار الفكري للتحليل والتصميم، المكتب العلمي الحديث، الزقازيق، جمهورية مصر العربية، ١٩٨١م، ص ٥٢.

٢٨- الصيرفي، محمد، أصول التنظيم والإدارة للمدير المبدع: النظريات والأنماط الإدارية، الجزء الأول، سلسلة كتب المعارف الإدارية، الكتاب الأول، الجزء الأول، الطبعة الأولى، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م، ص ١٤٢.

29- Robey, Daniel, Designing Organizations, 3rd edition, Homewood, III.: IRWIN, 1991. PP. 483

٣٠- حريم، حسين، إدارة المنظمات: منظور كلي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٣م، الصفحات ٣١-٣٢.

31- King, K. J. and Meryemski, F. J., Information Management Trends, Office Automation Proe IEEE, U.S.A., Vol.1, No. 4, April 1983.

٣٢- الشاذلي، لطفي، دراسة تطبيقية عن مدخل النظم في الإدارة، الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، مركز المعلومات، سلسلة الدراسات الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، مركز المعلومات، سلسلة الدراسات الإدارية، رقم ٢١، نوفمبر ١٩٨١م. ص٥.

33- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, Health Care Management: Organization Design and Behavior, Fifth Edition, Thomson Delmar Learning, Thomson Corporation, N.Y., U.S.A., 2006. PP. 17-21

34- Bazzoli, G. J., Chan, B., Shortell, S. M. & D'Aunno, T., The financial performance of hospitals belonging to health networks and systems, Inquiry, Fall 2000, 234-252.

٣٥- حريم، حسين، مبادئ الإدارة الحديثة: النظريات، العمليات الإدارية، وظائف المنظمة، المنظمات، الطبعة الثانية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠١٠م. ص٢٤٤.

٣٦- الدمرداش، طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، مكتبة المدينة، الزقازيق، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٠م، ص ٧٦.

٣٧- الدمرداش، طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، المرجع السابق، ٢٠٠٠م. الصفحات ٧٥-١٢٤.

38- Kotler, Philip and Armstrong, Gray, Principles of Marketing, Ninth Edition, Prentice-Hall International Inc., New Jersey, U.S.A., 2001.

39- Kotler, Philip and Clarke N. Roberta, Marketing for Health Care Organizations, Prentice-Hall, New Jersey, U.S.A., 1987. P. 5.

40- Kotler, Philip, Marketing Management, 8th edition, Prentice-Hall International Inc., New Jersey, U.S.A., 2003. P P. 246-266.

٤١- يوسف، ردينة عثمان، التسويق الصحي والاجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠٠٨م/١٤٢٨هـ. الصفحات ١٠٠-١٠٣.

٤٢- مصطفى، محمد محمود، التسويق الإستراتيجي للخدمات، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠١٠م/١٤٣٠هـ. الصفحات ٦٣-٦٨.

٤٣- العلاق، بشير عباس لله الطائي، حميد عبد النبي، تسويق الخدمات: مدخل إستراتيجي - وظيفي - تطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٧م. الصفحات ٤٢-٤٥.

44- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, op.cit., P. 16.

٤٥- البكري، ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره. الصفحات ٥٩-٦٠.

الفصل الثالث
تنظيم مرافق الرعاية الصحية الأولية

تمهيد:

تبرز خطط التنمية في الدول المختلفة الاهتمام الكبير بالتنمية البشرية باعتبارها ذات أهمية بالغة في إستراتيجية التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة، ويتحقق ذلك من خلال النقلة النوعية في مستويات التعليم، والتدريب، والرعاية الصحية والاجتماعية. وتهتم خطط التنمية عادة بتوسيع وتحسين الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية للمواطنين معتمدة في ذلك في الأساس على توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية التي تقدمها مراكز الرعاية الصحية الأولية مع استمرار دعم خدمات الرعاية العلاجية بمستوياتها التخصصية [1].

ولقد ظهرت خلال العقود الأخيرة تحولات جذرية في مسيرة وأسلوب تنظيم وإدارة وتقديم الخدمات الصحية بجميع دول العالم سواء على مستوى الأفراد أو المجتمعات. حيث نشأت فكرة الرعاية الصحية الأولية عام ١٩٧٨م من خلال ما سمي بإعلان «آلما آتا» والذي اعتمد الرعاية الصحية الأولية إستراتيجيةً عالمية لدول العالم، وأساساً لتقديم الخدمات الصحية الضرورية على أساس من العدالة والإنصاف لكل أفراد المجتمع وخاصة الفئات الأكثر تعرضاً لخطر المرض والوفاة كالأطفال والأمهات والمسنين والفقراء. وصارت الرعاية الأولية منذ ذلك الوقت مقياساً يعتد به للحكم على نجاح النظام الصحي لأي دولة [2].

فقد تيقنت دول العالم في الفترة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية من ضرورة الاعتماد على بعضها؛ وذلك بسبب إدراكها أن الكثير من شعوب العالم تفتقر إلى الحد الأدنى من الحصول على الرعاية الصحية الأساسية والتعليم والتغذية المناسبة، مما أدى إلى وجود وضع صحي متدنٍّ في الكثير من دول العالم. وقد بذلت منظمة الصحة العالمية جهداً كبيراً من خلال خبرائها ومشاركة الدول المختلفة في دراسة هذا الوضع، وانتهى ذلك باتفاق دول العالم على القيام بعمل إيجابي للتخلص من هذا الوضع الصحي غير المرغوب فيه في ظل التقدم العلمي والحضاري الذي شهده العالم في هذه الفترة.

وقد اتفقت الدول أعضاء منظمة الصحية العالمية عام ١٩٧٧م على شعار «الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠»، وهو يهدف إلى رفع المستوى الصحي للشعوب من خلال تطبيق دعوة عالمية عرفت باسم «الرعاية الصحية الأولية» من أجل رفع مستوى الوضع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي وتحقيق الاستقرار السياسي في دول العالم .

نشأة فكرة الرعاية الصحية الأولية:

لا يمكن لأي فرد أن يختلف على التحولات والتطورات الكبيرة التي عاشها العالم في القرن الماضي في جميع المجالات التي تتعلق وتؤثر في الصحة، من حيث التقدم الواضح والمستمر في مجالات التقنية الطبية، ونظم المعلومات، والاكتشافات العلمية الطبية التشخيصية المذهلة، وازدياد الوعي لدى الناس وتغير نظرتهم إلى معنى وقيمة الصحة والمرض، ورسوخ مفاهيم وتطبيقات الصحة العامة، وتطور التخطيط العمراني للمدن الكبيرة، وتوافر سبل الحياة والرفاهية فيها، وإدراك مخاطر تلوث البيئة، والتحول التدريجي من نمط الأمراض الحادة أو المعدية إلى نمط الأمراض المزمنة، كل ذلك وغيره كان من المفروض أن يؤدي إلى تحسين المستوى الصحي لكل سكان العالم، ولكن ما حدث على أرض الواقع لم يكن يتماشى مع كل هذه التطورات [٣].

وقد نتج هذا الوضع غير الطبيعي من حقيقة فهم أن تقدم مستوى المعيشة وخاصة في الدول الصناعية، بالإضافة إلى التقدم المعرفي والتكنولوجي، والاكتشافات الطبية العظيمة، وغيرها ... إلخ، كان يفترض أن يحقق طفرة كبيرة تجاه تحسين مستوى صحة الإنسان، وذلك لامتلاكه المعرفة والموارد اللازمة للارتفاع بالمستوى الصحي لكل سكان الأرض. ورغم ذلك فإن الواقع يكشف أن مئات الملايين من البشر لا يزالون يعيشون تحت وطأة أمراض سوء التغذية، والأمراض المعدية، التي تحصد حياة الملايين من هؤلاء البشر [٤].

والسبب في ذلك قد يرجع إلى أمرين أساسيين يتحملهما بالتأكيد طبيعة وفلسفة النظم الصحية التي كانت سائدة في ذلك الوقت. السبب الأول هو تركيز النظم الصحية على الرعاية الصحية العلاجية باهظة التكاليف، حيث تركز الاهتمام وتبارت الحكومات على إنشاء المستشفيات، وزيادة عدد الأسرة بها، وتوفير أجهزة التشخيص المعقدة، وإنفاق الأموال الطائلة على العقاقير والأدوية، وتهافت مقدمي الخدمة الطبية على الحصول على أعلى الدرجات العلمية في التخصصات الدقيقة. وكان من نتيجة كل هذا أن تولدت رغبة جامحة نحو استعمال هذه الأساليب التخصصية الدقيقة

في أبسط النواحي، وبدون مبرر للتكلفة العالية الناجمة عن ذلك، وبما يزيد المشاكل الصحية تعقيداً، كما أن النزعة «التخصصية» من جانب الأطباء أبعدتهم باستمرار عن احتياجات الناس وطموحاتهم الحقيقية. وقد تناقص باستمرار عدد المرضى الذين يعالجون باعتبارهم من البشر، وذلك بالابتعاد عن نوعية الخدمات الصحية الأكثر شمولاً، والأقل تكلفة، والقريبة لمجتمعهم [5]. وخلاصة كل ما تقدم يعني التركيز على ظاهرة المرض وليس الصحة. أما السبب الثاني فكان تقديم الخدمات الصحية غير الشخصية (خدمات الصحة العامة) عن طريق العاملين بالمجالس البلدية المحلية وليس عن طريق مهنيين من العاملين بالصحة. فالتحصينات ضد الأمراض المعدية على سبيل المثال كانت تؤدَّى بطريقة فجائية عند ظهور وباء ما، أي بعد ظهور المرض. ويلاحظ أن كلا السببين كانا يرتكزان على مفهوم أن الأفراد والمجتمعات هم ضحايا للمرض ومستقبلون له، وليس على فكرة أنهم الغاية ويجب وقايتهم من الأمراض بصفة عامة وقبل حدوث المرض [6].

وقد نتج عن هذا الوضع حقيقة مهمة تمثلت في الفروق الكبيرة من ناحية التقدم والتنمية ودرجة الثراء بين دول الشمال أو الدول المتقدمة، وبين دول الجنوب أو الدول المتخلفة أو الدول النامية، بل ظهر هذا الفرق أيضاً حتى داخل البلد الواحد. ففي المدن الكبيرة على سبيل المثال أدى النمو الحضري السريع إلى نمط الهجرة من المناطق الريفية للمدن وظهر تبعاً لذلك الإسكان العشوائي، بالإضافة إلى الازدحام السكاني وما يستتبعه من انخفاض مستوى الإصحاح البيئي في بعض الأحياء، وإلى عدم كفاية الخدمات المقدمة للمواطنين، من جمع القمامة إلى توفير المدارس والوحدات الصحية وفرص العمل. وفي مثل هذه الظروف تنتشر الأمراض، كما ينتشر الفقر والجهل. والفقر من الأسباب الرئيسية لانخفاض المستويات الصحية [7]. فإذا أضفنا لذلك الزيادة المطردة في عدد السكان وتأثيرها السلبي على عملية التنمية، والزيادة المستمرة في استخدام الموارد غير القابلة للتجدد، والتضاؤل في إنتاج الأغذية مما يؤدي إلى الاعتماد على المعونات الأجنبية أو الاقتراض الخارجي، فقد تم جر الدول النامية إلى دائرة متصلة من الديون والضغوط وعدم الاستقرار، وإلى التخلف عن ملاحقة عجلة التطور والذي وسيلته وغايته الإنسان، والمفترض تمتعه بمستوى صحي مقبول لتحقيق هذا التطور المنشود.

والمهتم بدراسة نهضة وتطور العالم في مجال الرعاية الصحية في القرن العشرين، يمكنه تلمس أنه يلزم للخروج من هذا المأزق التحول «لبدائل» صحية خارج نطاق النظام

الصحي التقليدي الرسمي، ومواجهة مجموعة من التحديات والمتطلبات الواقعية. حيث تأكد الارتباط الوثيق بين تحسين المستوى الصحي للسكان، وبين التحسين في مستوى ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي إدراك أنه لا يمكن تحقيق أي تقدم صحي إلا بمشاركة مختلف القطاعات التي لها علاقة بالخدمات الصحية. إلى جانب ضرورة تحقيق مبدأ العدالة في توزيع الخدمات الصحية حتى لا تصبح امتيازاً للأغنياء دون الفقراء، أو لساكني المدن دون سكان الريف، مع إدراك لأهمية وضرورة الاعتماد على النفس فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية. ولأن الهدف هم الناس فإن من الضروري إشراكهم أفراداً وجماعات في كل مراحل الرعاية الصحية، من تخطيطٍ وتنفيذٍ وإشرافٍ ومتابعةٍ وتقييم.

لذلك لم تتقاعس دول العالم - بغض النظر عن انتماءاتها السياسية وظروفها الاجتماعية والاقتصادية - عن دراسة وتحليل الوضع الصحي الموجود بهدف تحسينه لتحقيق أهداف التنمية في هذه الدول. وقد تجلى هذا في وجود رغبة صادقة لدى الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في محاولة تحقيق هدف المنظمة الوارد في دستورها والذي وضع في عام ١٩٤٨ م، ويتضمن «... أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن»[٨]. وانعكس ذلك في وضوح إرادة الدول الأعضاء في المنظمة وقبولها وتبنيها للمفهوم الجديد للرعاية الصحية والذي ظهر عام ١٩٧٨م، وهو مفهوم» الرعاية الصحية الأولية» ، كما جاء فيما عرف بإعلان «آلما آتا»، أو مؤتمر«آلما آتا»[٩] والذي عقد في مدينة آلما آتا في كازاخستان بالاتحاد السوفيتي، والذي قررت فيه الدول المجتمعة أن الرعاية الصحية الأولية هي مفتاح تحقيق هدف «الصحة للجميع» بحلول عام ٢٠٠٠م، وهو الهدف الذي قررته جمعية الصحة العامة عام ١٩٧٧م والحكومات الممثلة في الجمعية ليكون هدفاً اجتماعياً لها، ألا وهو بلوغ جميع مواطني العالم بحلول عام ٢٠٠٠م مستوى من الصحة يسمح لهم بأن يعيشوا حياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً.

ويقصد بتحقيق الصحة للجميع ضرورة إتاحة الرعاية الصحية لجميع المواطنين في العالم فقيرهم وغنيهم، شبابهم وشيبهم على السواء، دون النظر إلى الموقع الجغرافي، أو الوضع الاجتماعي، أو الجنس، أو العرق، أو الدين، ليحيا الجميع حياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً[١٠]. ووصف تقرير مؤتمر «آلما آتا» ما تتضمنه الرعاية الصحية الأولية والنظام الصحي المدعم لها، كما وصفت وثيقة المجلس التنفيذي للمنظمة التي جاءت تحت عنوان «صياغة إستراتيجيات لبلوغ هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠»

كيفية إعداد إستراتيجيات توفير الصحة للجميع في ضوء «إعلان آلما آتا» والتوصيات الواردة فيه. فقد قامت منظمة الصحة العالمية بدعوة الدول الأعضاء إلى العمل بصفة منفردة لصياغة إستراتيجيات وطنية، وبصفة جماعية لصياغة إستراتيجيات إقليمية وعالمية لتحقيق هذا الهدف. وتقوم هذه الإستراتيجية على فكرة إيجاد نظم صحية شاملة في بلدان العالم تقوم على أساس الرعاية الصحية الأولية، والتي تعتمد بدورها على العمل المنسق بين القطاع الصحي والقطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى المرتبطة به. وأبرز ملامح هذه الإستراتيجية هي: تطوير الهيكل الأساسي للنظام الصحي بغرض تنفيذ برامج شاملة متاحة لجميع السكان، واتخاذ تدابير للنهوض بالصحة، والوقاية من المرض، والتشخيص والعلاج والتأهيل، إلى جانب التدابير التي سيقوم بها الأفراد والأسر في بيوتهم، والتي يقوم بها المجتمع، والقطاعات الأخرى المكملة للقطاع الصحي، واختيار التكنولوجيا المناسبة للبلد المعني، وضمان المراقبة الاجتماعية على الهيكل الصحي والتكنولوجيا المستخدمة عن طريق مشاركة المجتمع، والدعم الدولي عن طريق تبادل المعلومات وتشجيع البحوث والتطوير والدعم الفني والتدريب، وتنمية ودعم العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية [١١].

ولذا فإن الاتجاه نحو مفهوم وفلسفة الرعاية الصحية الأولية كان تدريجياً، وكرد منطقي على تفاعلات النظم الصحية التي لم تنجح في تحقيق ما يصبو إليه الناس من ارتفاع لمستواهم الصحي؛ لم يكن هذا التوجه بسبب انخفاض تكلفة الرعاية الصحية الأولية (رغم أهمية ذلك)، ولكن بسبب أنها «الأقرب» لاحتياجات الناس الحقيقية من حيث تدعيم وتعزيز صحتهم، والوقاية من الأمراض، ووسيلة متاحة للعلاج عند حدوث المرض. وتلك العناصر الثلاثة هي أسساس التعريف للرعاية الصحية الأولية، وكذلك هي محور التفرقة بين الرعاية الصحية الأولية وبين كل من الرعاية الطبية الأولية، والممارسة العامة (حيث يركز الأخيران على العنصر الثالث وهو العلاج من الأمراض). وإلى جانب تنامي وعي الناس بكونهم مواطنين فيجب أن يكون لهم حق إبداء الرأي فيما يتعلق بنوعية الرعاية الصحية التي تقدم لهم، وكذا سبل تقديمها [١٢].

ونظراً لوجود عدد من الأفكار الجديدة والمرتبطة بمفهوم الرعاية الصحية الأولية، فإن ذلك يستدعي التحديد الدقيق للمصطلحات، من ناحية التفريق فيما بينها من زاوية المعنى والاستخدام كتعريفات، أو عناصر، أو أسس، أو إستراتيجيات، وذلك طبقاً لما جاء في إعلان «آلما آتا» (١٩٧٨م):

تعريف الرعاية الصحية الأولية (Primary Health Care):

هي «الرعاية الصحية الأساسية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لجميع الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطورها وبروح من الاعتماد على النفس وحرية الإرادة. وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته ومحوره الرئيسي، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع. وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحي الوطني. وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول في عملية متصلة من الرعاية الصحية».

وغالباً ما يحدث خلط بين مسميات الرعاية الطبية الأولية، والرعاية الأولية، والرعاية الصحية الأساسية، وبين الرعاية الصحية الأولية ولذا يلزم التفريق بين هذه المسميات، وطبقاً لما جاء بدليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية [١٣]:

الرعاية الأولية Primary Care: تعني الاتصال الأول أو المباشر لحالة سريرية أو الحالة المرضية لعضو من أعضاء الجسم، مثل الرعاية الأولية لأمراض شرايين القلب، والرعاية الأولية لأمراض العيون ... إلخ. أو الرعاية التي يقدمها مجموعة من الأخصائيين مثل الرعاية الأولية للأطفال.

وتكون الرعاية الطبية الأولية Primary Medical Care: إما استمراراً للرعاية الأولية المقدمة من الطبيب، أو امتداداً لرعاية الشخص المريض من خلال فترة مرضه إلى أن تتم إحالته إلى مستوى طبي أعلى من ناحية التخصص والخبرة. وتستخدم الرعاية الطبية الأولية لتعريف الطرق والإجراءات التي يجب أن يتبعها الممارس العام في النظام الصحي الذي يؤدي فيه الأخصائيون دوراً مهماً، ويظهر بوضوح من التعريفات السابقة أن دور كل من الرعاية الأولية والرعاية الطبية الأولية لا يخرج عن نطاق المرض والعلاج.

أما الرعاية الصحية الأولية Primary Health Care، فتعني الرعاية الصحية الشاملة للأفراد والأسر والمجتمع، وتمتد خدماتها لتشمل الفحوص والتحاليل والعلاج والعناية البدنية والعناية بالنواحي الاجتماعية والبيئية والعادات والتقاليد للمستفيدين، أي أن الرعاية الصحية الأولية تشمل الرعاية الطبية الأولية.

أما الرعاية الصحية الأساسية Essential Health Care: فهي تلك الرعاية

الصحية التي تواجه الاحتياجات الفعلية للمجتمع، وتنقسم بشكل عام إلى خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية، ولذلك فهي خدمات شاملة وأساسية، وهي أيضاً الرعاية المستمرة لأفراد المجتمع من بداية الحياة إلى المراحل الأخيرة من العمر. ولذا فالرعاية الصحية الأولية هي رعاية أساسية ذات نوعية مناسبة تتلاءم مع المعايير المهنية، وتوقعات المجتمع. ويتضح مما سبق أن القواعد الأساسية لتقديم الرعاية الصحية الأولية هي: الشمولية، والاستمرارية، والنوعية الملائمة.

عناصر الرعاية الصحية الأولية:

يختلف تقديم الرعاية الصحية الأولية من دولة لأخرى تبعاً لتغير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والظروف البيئية، إلا أنه توجد مجموعة من الخدمات المتكاملة تشمل الخدمات التعزيزية للصحة (Promotion of health services)، والخدمات الوقائية، والخدمات العلاجية، في شكل مجموعة واحدة عرفت بعناصر الرعاية الصحية الأولية (وكما جاء بإعلان آلما آتا، ١٩٧٨ م) وهي:

١- التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.

٢- الإصحاح الأساسي للبيئة وتوفير الإمداد الكافي بمياه الشرب النقية.

٣- توفير الأغذية وتعزيز التغذية الجيدة والسليمة.

٤- تقديم خدمات متكاملة لرعاية الأمومة والطفولة (ويدخل في ذلك تنظيم الأسرة).

٥- التحصين ضد الأمراض المعدية الرئيسية.

٦- وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة عليها توطئة للقضاء عليها.

٧- التشخيص والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة (ويتضمن ذلك الجراحات البسيطة والولادات الطبيعية).

٨- توفير الأدوية الأساسية.

ورغم التشابك والتداخل والتكامل بين هذه العناصر من زاوية تنفيذها كخدمات، إلا أنه يمكن ملاحظة أن العناصر الثلاثة الأولى هي خدمات تعزيزية أو تطويرية للصحة، في حين تظهر الخدمات الوقائية في العناصر الثلاثة التالية، ويمثل العنصران الأخيران الخدمات العلاجية والتأهيلية.

مبادئ الرعاية الصحية الأولية:

بتحليل وفهم تعريف الرعاية الصحية الأولية يمكن إدراك أنها تقوم على مجموعة من الأسس أو المبادئ الهامة (كما جاء بإعلان آلما آتا) التي يعتمد عليها تنظيم وتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية، ويمكن إيجازها في التالي:

١- العدالة في توزيع الخدمات Distribution of Services:

(بمعنى العدالة من ناحية إتاحة الخدمة Availability، والوصول بسهولة إلى الخدمة Accessibility، وبتكلفة يمكن تحملها Affordability، والقبول الاجتماعي Acceptability).

والمقصود بعدالة التوزيع أن تكون الخدمة مقدمة لجميع السكان وبالأخص الفئات الأكثر عرضة للمخاطر، وبغض النظر عن المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي أو الثقافي إلى جانب تسهيل الوصول (الحصول على الخدمة) للخدمة سواء بزيادة مرافق الرعاية الصحية، أو تحسين سبل المواصلات، أو عن طريق الوصول بالخدمة للأماكن المحرومة أو البعيدة جغرافياً من خلال تنفيذ برامج وخدمات مثل الزيارات المنزلية والقوافل الطبية. وعلى أن تقدم الخدمة بتكلفة يقدر عليها جميع الأفراد في المجتمع، وبحيث لا يصبح الفقر سبباً في الحرمان من الخدمة. مع ضرورة الاهتمام بموروث العادات والتقاليد والعرف السائد بغرض تقبل الأفراد والأسر والمجتمع للخدمات الصحية واستخدامها. ويمكن التعبير عن العدالة في توزيع الخدمات على أنها «تخصيص نفس الإنفاق على الخدمات الصحية بالنسبة للفرد في كل جزء من أجزاء الوطن»، أو أنها «توفير نفس مستوى الخدمات لجميع سكان البلاد» [١٤].

٢- التقنية الملائمة Appropriate Technology:

جاء بإعلان «آلما آتا» أن الرعاية الصحية الأولية تتطلب تطوير واستخدام التقنية الملائمة حسب الإمكانات المتاحة، ويعني تعبير التقنية الملائمة: أنها مجموعة المواد والوسائل والطرق المستعملة لحل المشاكل الصحية، ليس فقط في التشخيص والعلاج كما هو معروف ولكن كذلك في الوقاية من الأمراض ومكافحتها وتعزيز الصحة. والملاءمة تشمل أيضاً أن تكون قائمة على أساس علمي سليم، ومقبولة ممن يستخدمها وممن تستخدم من أجله.

والتقنيات المتطورة جداً تكون في العادة مرتفعة الثمن ولكنها ليست بالضرورة هي الأنسب في جميع الأحوال لمجتمع ما (حتى في الدول المتقدمة). والشيء المهم هنا

مـــن ناحية توضيح مدى الملاءمة هو تحديد ماذا يلزم لتنفيذ العمل؟، وما التكلفة التي يستطيع أن يتحملها المجتمع؟ [١٥].

٣- التعاون بين القطاعات (Intersectoral Collaboration):

لا شـــك أنه لا يمكن لقطاع الصحة وحده أن يحقق هدف بلوغ مســـتوى مقبول من الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، ولا يمكن بلوغ هذا الهدف سوى بالإرادة السياسية الوطنية والجهود المنســـقة بـــين القطاع الصحي والأنشـــطة ذات الصلة في قطاعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الأخرى.

وبما أن التنمية الصحية تســـهم في التنميـــة الاجتماعية والاقتصادية، وتنتج عنها في نفس الوقت، وبمعنى أن الإنســـان هو هدف التنمية وهو أيضاً وســـيلة تحقيق هذه التنمية فإنه من الأمثل أن تشكل السياسات الصحية جزءاً من سياسات التنمية الشاملة للدولة [١٦]، وبذلك تعكس الأهداف الاجتماعية والاقتصادية للحكومة والشـــعب. ولذا يلزم تحديد الأدوار المشـــتركة والمســـئوليات للقطاعات التي تخدم أو تسهم في نجاح الجهود الصحية، لتَجنُّب ازدواجية الخدمة أو تجزئتها.

٤- مشاركة المجتمع (Community Participation):

يرى الكثيرون أنه لا شـــيء أكثر أهمية من اشـــتراك المجتمع في نشاطات الرعاية الصحيـــة الخاصة به، ولذا يجب في جميع الأحـــوال اتخاذ التدابير اللازمة والملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الأفراد والأسر والمجتمعات مسئولية صحتهم ورفاهيتهم بما في ذلك الرعاية الذاتية بصرف النظر عن المسئولية الشـــاملة للحكومات عن صحة شـــعوبها [١٧]، وبالقطع ســـوف تختلـــف الطريقة التي سيشـــارك بها المجتمع من منطقة إلى أخـــرى، ولكن يظل التركيز على أن المطلوب هو «الصحـــة بتعاون الناس» وليس «الصحة من الناس» ، لأنهم لا يســـتطيعون أن يوفروا الخدمات الصحية بأنفسهم. فالوعي الصحي لدى الناس والاعتماد على النفس هما أساس التطور الإنساني. ولا يجوز أن تصبح هذه المشاركة صورية بل يجب العمل على أن تكون مشاركة إيجابية فعلية (المشاركة النشطة) في جميع مراحل وأنشطة الرعاية الصحية الأولية، أي في مراحل التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم، وبالتالي يسهم المجتمع ليس فقط في وضع الأولويات، ولكن أيضاً في تخصيص الموارد والإسهام فيها. وزيادة على ذلك يجب أن يتسع مفهوم مشاركة المجتمع ليشمل الرقابة الاجتماعية من جانب المجتمع على الخدمات الصحية [١٨].

ومما سبق قد يبدو أن الرعاية الصحية الأولية هي الحل السحري والسهل للمشاكل الصحية وخاصة في الدول النامية، وذلك لاحتوائها على ذلك الكم من الأفكار والمفاهيم الجادة التي سبق الإشارة إليها، إلا أن الواقع أثبت غير ذلك - حيث بدأ توجيه الانتقادات لمفهوم الرعاية الصحية الأولية - ولم يكن قد مر عام واحد على إعلان «آلما آتا» - نظراً للبعد «المثالي» لمحتواها، وافتقارها «للواقعية» بالنسبة لسبل تطبيقها. ولعل أشهر ما تم في هذا الصدد هو ظهور ما عرف «بالرعاية الصحية الأولية الانتقائية» (Selective Primary Health care) على يد أشهر دعاتها «Walsh & Warren» [١٩]. حيث أوضحا أن هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، وباستخدام مفهوم وتطبيقات الرعاية الصحية الأولية غير قابل للتحقيق، ويرجع ذلك إلى عنصري التكلفة والافتقار للأيدي العاملة المدربة. واستشهدا في ذلك بتقرير رئيس البنك الدولي «ماكنمارا» عام ١٩٧٨م والذي جاء فيه: «إنه حتى لو تحققت معدلات التنمية المأمولة والمتفائلة في الدول النامية، فسوف يظل نحو ٦٠٠ مليون شخص عالقين بفخ الفقر المطلق وذلك بنهاية القرن، ويقصد بالفقر المطلق أنه حالة حياة تتصف بشدة المرض، والجهل، وسوء التغذية، ومعدل الوفيات المرتفع للأطفال، وانخفاض متوسط العمر المتوقع، وبحيث تصبح هذه الحياة تحت أدنى مستوى لمتطلبات الحياة الكريمة» [٢٠].

ولذا ظهرت الدعوة إلى توخي جانب الواقعية عند مواجهة المشاكل الصحية بغرض حلها وذلك باختيار أهم المشاكل الصحية في الدول النامية والعمل على حلها بطريقة «البرامج العمودية Vertical Programs»، حيث يتم اختيار مشكلة صحية مؤثرة جداً من ناحية مدى ما تسببه من وفيات، أو شدة التعرض للإصابة بالمرض، مع توافر إمكانية لعلاج هذه المشكلة (في ظل الإمكانات المحدودة في الدول النامية). ولقد وجد - طبقاً لهذا المفهوم - أن معظم الدول النامية تعاني مشاكل صحية أساسها الإصابة بالأمراض المعدية والتي تتأثر عادة بشدة بالمستوى الغذائي المنخفض، وسوء الحالة البيئية، وشيوع الأمية أو انخفاض المستوى التعليمي، والزيادة السكانية. وتحددت أولوية هذه المشاكل في: أمراض الإسهال وخاصة بين الأطفال، وأمراض الجهاز التنفسي الحادة، والأمراض المعدية للأطفال والتي يمكن الوقاية منها عن طريق التطعيمات، والأمراض المتوطنة مثل الملاريا والبلهارسيا. ولقد تم تحديد هذه المشاكل باستخدام أسلوب واقعي لتحديد وإدارة «الأولويات» في مجال الرعاية الصحية الأولية [٢١].

ويلزم هنا الإشــارة إلى أهمية هذا التحول - سواء كان مقصوداً أو غير مقصود - مــن مفهوم الرعاية الصحية الشــاملة (Comprehensive Health Care) إلى مفهوم البرامــج العموديــة (Vertical Programs)، إذ تركز على مشــكلة واحدة وتعمل على حلها. حيث هرعت الدول إلى تبني المفهوم الجديد؛ إذ هو أســهل في التنفيذ، ويبعد متخذي القرار وصانعي السياســات عن الدخول في بعض المســائل الحساســة، كما يمكن إظهار وتلمس نتائج تطبيقه والنجاح فيه أسرع، إلى جانب إمكانية توفير الموارد اللازمة له وخاصة في ظل المساعدات المادية والفنية الخارجية التي واكبت تنفيذ تلك البرامج، مثل برنامج مكافحة أمراض الإسهال والجفاف، وبرنامج التحصينات الموسع للأطفال، وبرنامج مكافحة أمراض الجهاز التنفســي الحادة، وبرنامج تنظيم الأسرة. وهذا عكس ما يحدث إذا تم الالتزام بمفهوم الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة، لأن ذلك يعني تقوية الناس ومســاعدتهم على المشــاركة الفاعلــة والجادة في جميع أمور حياتهم (كما جاء بمفهوم الرعاية الصحية الأولية بإعلان «آلما آتا» الشهير)، وهذا ينتج عنه بالضرورة الارتفاع بمســتوى وعيهم، ومما قد يؤدي إلى المشاركة في إعادة هيكلة وتوزيع أمور كثيرة قد لا يكون مرغوباً فيها في ظروف الدول النامية.

ولعل الصدق في عملية التحول هذه كان يكمن في إقرار حقيقة أن المفهوم الشامل للرعاية الصحية الأولية هو المراد تحقيقه، إلا أنه توجد معوقات جمة يســتحيل معها تنفيــذ هذا المفهوم بكل ما يحتويه من أفكار وقيم وحقوق وواجبات والتزامات على كل من الأفراد والحكومات والمجتمع الدولي، ولذا يلزم تطبيق إستراتيجيات وقتية ومحددة (مثل البرامج الرأسية التي تمت الإشارة إليها) لحل المشاكل الحالية والشديدة التأثير على حياة الناس، وإلى أن يتم اســتطاعة تنفيذ جميع ما جاء بمفهوم الرعاية الصحية الأولية، وكما جاء بإعلان «آلما آتا» واتفقت عليه دول العالم.

من كل ما تقدم يظهر بوضوح أنه توجد العديد من الأفكار والحقائق والمســتجدات والتي جاءت كلها تبعاً لنشوء فكرة الرعاية الصحية الأولية وموافقة دول العالم عليها. وأغلب هذه الأفكار والمستجدات لها انعكاسات على عملية تنظيم المرافق أو المنظمات التــي تقوم بتقديم خدمات الرعايــة الصحية الأولية. ولكي تتم عملية التنظيم الجيد للرعاية الصحية الأولية (كما ســبق الإشــارة لأساســياتها في الفصل الأول من هذا الكتاب) يلزم الإجابة عن بعض الأسئلة المهمة والأساسية إذ بدون الإجابة عنها لا يمكن عمل تنظيم جيد لهذه الخدمات. وأهم هذه الأسئلة:

- كيف يمكن توجيه نظم الرعاية الصحية لكي تستوعب مفهوم الرعاية الصحية الأولية؟
- أين يقع مستوى الرعاية الصحية الأولية ضمن مستويات الرعاية الصحية للنظام الصحي حسب مفهوم ومبادئ هذه الرعاية؟
- ما الإستراتيجيات التي يمكن التركيز عليها لتقديم الرعاية الصحية الأولية؟
- ما الخدمات التي تقدم للمواطنين باعتبارها خدمات للرعاية الصحية الأولية؟
- من هم العاملون الصحيون المؤهلون لتقديم الرعاية الصحية الأولية؟
- كيف يرتبط مفهوم طب الأسرة بمفهوم الرعاية الصحية الأولية؟

الرعاية الصحية الأولية والنظام الصحي الوطني:

تختلف أهداف نظم الرعاية الصحية من دولة لأخرى حسب اختلاف الاحتياجات الصحية والظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ولكن تظل هناك منطقة مشتركة بين معظم هذه النظم من حيث الغايات والأهداف المطلوب أن يحققها النظام الصحي من حيث تحسين المستوى الصحي لجميع المواطنين، وخفض معدلات الوفاة، وتقليل المعاناة الناتجة عن الإصابة بالأمراض وخاصة المعدية منها، وتحقيق العدالة في توفير وتقديم الخدمات الصحية المقبولة والجيدة والتي يمكن تحمل تكاليفها، مع التركيز على الجانب الوقائي للخدمة الصحية وليس فقط الجانب العلاجي منها. ولقد ظهر بوضوح نتيجة لذلك الحاجة إلى أساليب جديدة للتفكير في مواجهة المشاكل الصحية المتغيرة.

وبظهور فكرة الرعاية الصحية الأولية والتي نبعت من الاهتمام العالمي بالعدالة الاجتماعية وتحقيق الرفاهية لكل الناس وخاصة الفئات المحرومة منهم، وللرد أساساً على عدم وجود العدالة في توزيع الموارد والخدمات الصحية من ناحية، وللمزيادة المتزايدة في تكاليف هذه الخدمات مع وجود حالة من عدم الرضا عن نتائجها، كان من الضروري أن يتم إعادة توجيه النظم الصحية لتطبيق الرعاية الصحية الأولية وبما جاءت به من أفكار ومبادئ مثل: الاستجابة للمشاكل والاحتياجات الصحية الأساسية والحقيقية الموجودة في المجتمع، والتنسيق بين القطاعات المتعلق عملها بالصحة، وتحقيق مبدأ الاعتماد على الذات لتحسين المستوى الصحي للأفراد والمجتمعات، والاستفادة القصوى أو الاستخدام الرشيد للموارد الصحية المتاحة، وبما يحقق الإستراتيجية الدولية الموضوعة لتحقيق هدف «الصحة للجميع». والشكل التالي رقم (٣-١) يوضح نموذجاً للعلاقات البنائية والوظيفية والمتشابكة اللازمة للأخذ

في الاعتبار عند توجيه أو إعادة توجيه النظم الصحية لتتوافق مع مفهوم الرعاية الصحية الأولية [٢٢]. وبتبسيط شديد يمكن من الشكل (٣-١) فهم أن تقديم رعاية صحية للسكان المستهدفين متمثلة في جميع أشكالها (التعزيزية والوقائية والعلاجية والتأهيلية، وبمستوياتها المختلفة (الأولية والثانوية والثالثة)، يلزمه أولاً بناء الموارد البشرية والمرافق وإعداد التجهيزات والمعارف الصحية لتقديم هذه الخدمات. وبالتالي يحتاج ذلك إلى دعم إداري متنوع (القيادة والتخطيط والتنظيم والقرارات والتنفيذ والتنسيق والمراقبة والتقييم والمعلومات)، وبإعداد منظم للموارد مع دعم اقتصادي من جهات حكومية وغير حكومية وبرامج التأمين الصحي.

أما من حيث الشرح بتفصيل أكثر [٢٣] نجد أن المرحلة المبكرة من مراحل تشغيل أي نظام صحي تبدأ بتنمية الموارد البشرية والطبيعية الضرورية لتأمين الرعاية الصحية وأداء الوظائف الداعمة في النظام، إلى جانب أنماط الموارد الأخرى التي يلزم الحاجة إليها ويلزم تطويرها. ويمكن تقسيم الموارد التي يجب تطويرها، في أبسط أشكالها، إلى أربعة عناصر رئيسة هي:

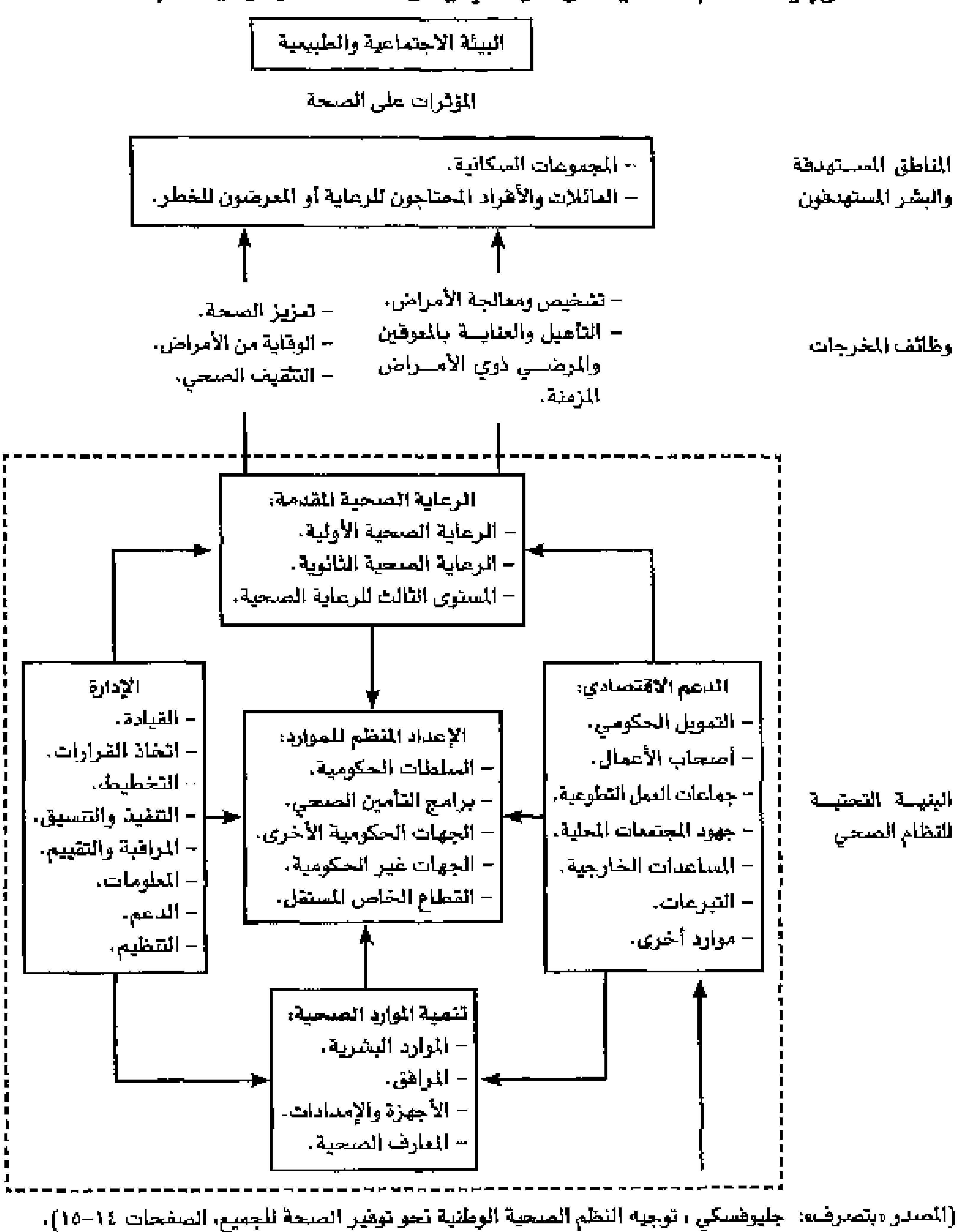
١- القوى البشرية العاملة في المجال الصحي: وتضم الأطباء وأفراد التمريض والفنيين وإداريي الصحة والمساعدين العاملين في حقل الصحة، ولابد من النظر إلى كل هؤلاء العاملين على أنهم يشكلون «فريقاً» واحداً يلزم التنسيق الجيد بين أعمالهم لتحقيق النتيجة المرغوب فيها.

٢- المرافق الصحية التي يتم من خلالها تقديم الخدمات الصحية: حيث يلزم لكل نظام صحي أن يوفر عدة أنماط من المرافق الصحية التي تقدم الخدمات الصحية كالمستشفيات والمراكز والنقاط الصحية. ويعتبر تصميم وحجم وموقع ومستوى العمالة والتجهيزات من العوامل المؤثرة على فعالية أداء هذه المرافق.

٣- الأجهزة والمعدات والإمدادات الصحية: تتنوع الأجهزة والمعدات والإمدادات والأدوية والمواد الأخرى اللازمة للتشخيص والعلاج والتأهيل والوقاية من الأمراض، والكثير من الأجهزة والمعدات والإمدادات باهظ التكاليف، والاستفادة من تكاليف بعضها ضعيف لدرجة المطالبة باستخدام «تكنولوجيا أكثر ملاءمة» إما بتصنيعها محلياً أو بالاستيراد الانتقائي.

شكل رقم (٣-١)

توجيه النظم الصحية الوطنية البنية والعلاقات الوظيفية المتبادلة



(المصدر «بتصرف»: جليوفسكي ، توجيه النظم الصحية الوطنية نحو توفير الصحة للجميع، الصفحات ١٤-١٥).

٤- المعرفة الصحية وأبحاث الطب الحيوي وأبحاث النظم الصحية: تعد معرفة الأمور المتعلقة بالصحة والأمراض وطرق مقاومتها وعلاجها من العناصر المهمة في أي نظام صحي. ولقد أسهمت بحوث الطب الحيوي إسهاماً كبيراً في مكافحة الأمراض المعدية والتقليل من مضاعفات وأضرار الأمراض المزمنة، من خلال جهود بحوث طب المجتمع التي يسهم فيها علماء من تخصصات مختلفة كعلماء طب الوبائيات والاجتماع والاقتصاد وغيرهم. كما تسهم بحوث النظم الصحية في الفهم الأفضل للمشاكل الصحية وكيفية مكافحتها، كما تساعد في التخطيط الصحي الأكثر عقلانية وفي توزيع الموارد بكفاءة.

ويتطلب تحويل الموارد المختلفة للنظم الصحية لأنشطة صحية وأدائها بطريقة سليمة نوعاً من التنظيم الاجتماعي المنسق، والذي يتم عادة عن طريق الإجراءات الحكومية (السلطات الصحية ممثلة أساساً في وزارة الصحة)، وبرامج التأمين الصحي، والهيئات الحكومية الأخرى (غير وزارة الصحة) كوزارة التربية والتعليم من خلال تنظيم الصحة المدرسية، ووزارة العمل أو الصناعة من خلال إجراءات الصحة المهنية، والهيئات العسكرية لتأمين منسوبيها من الناحية الصحية. ويسهم القطاع الخاص بدور كبير في النظام الصحي من خلال العيادات والمستشفيات الخاصة والهيئات والجمعيات المختلفة. هذا وقد يحتاج الدعم الاقتصادي لتنفيذ برامج الرعاية الصحية إلى المساعدات الخارجية والتبرعات وأي موارد أخرى متاحة.

والمشكلة الرئيسة التي تعترض تفعيل الرعاية الصحية الأولية في معظم الدول النامية هي عدم وجود نظام فعال للرعاية الصحية الأولية بالرغم من وجود خطط نظرية على الورق فقط، أو وجودها بطريقة عشوائية غير منظمة من ناحية الإدارة. كما أن قلة الموارد المتاحة تشكل نوعاً من الإحباط لدى كل من المواطن ومقدمي الخدمة الصحية، مما يؤدي إلى فقدان روح المبادرة وعدم التفاؤل بالمستقبل. أما في الدول المتقدمة فيعاني التطبيق مشاكل معقدة ومتراكمة كالتوتر الموجود في العلاقة بين الأطباء العامين وأطباء الأسرة من جهة والأطباء الأخصائيين من جهة أخرى وذلك فيما يتعلق بإحساسهم بأنهم أقل شأناً من بقية الأخصائيين، وعدم وجود الحدود الواضحة للرعاية الصحية الأولية، وازدواجية العمل نتيجة لتنافس الأطباء [٢٤].

ولذا يلزم لتفعيل وتعزيز الرعاية الصحية الأولية ضمن نظام صحي سليم أن يتم وضع أهداف واضحة وواقعية وضمن حدود الإمكانات المتاحة، وبالتنسيق مع جميع مستويات الرعاية الصحية داخل النظام مع التركيز على ما يلي:

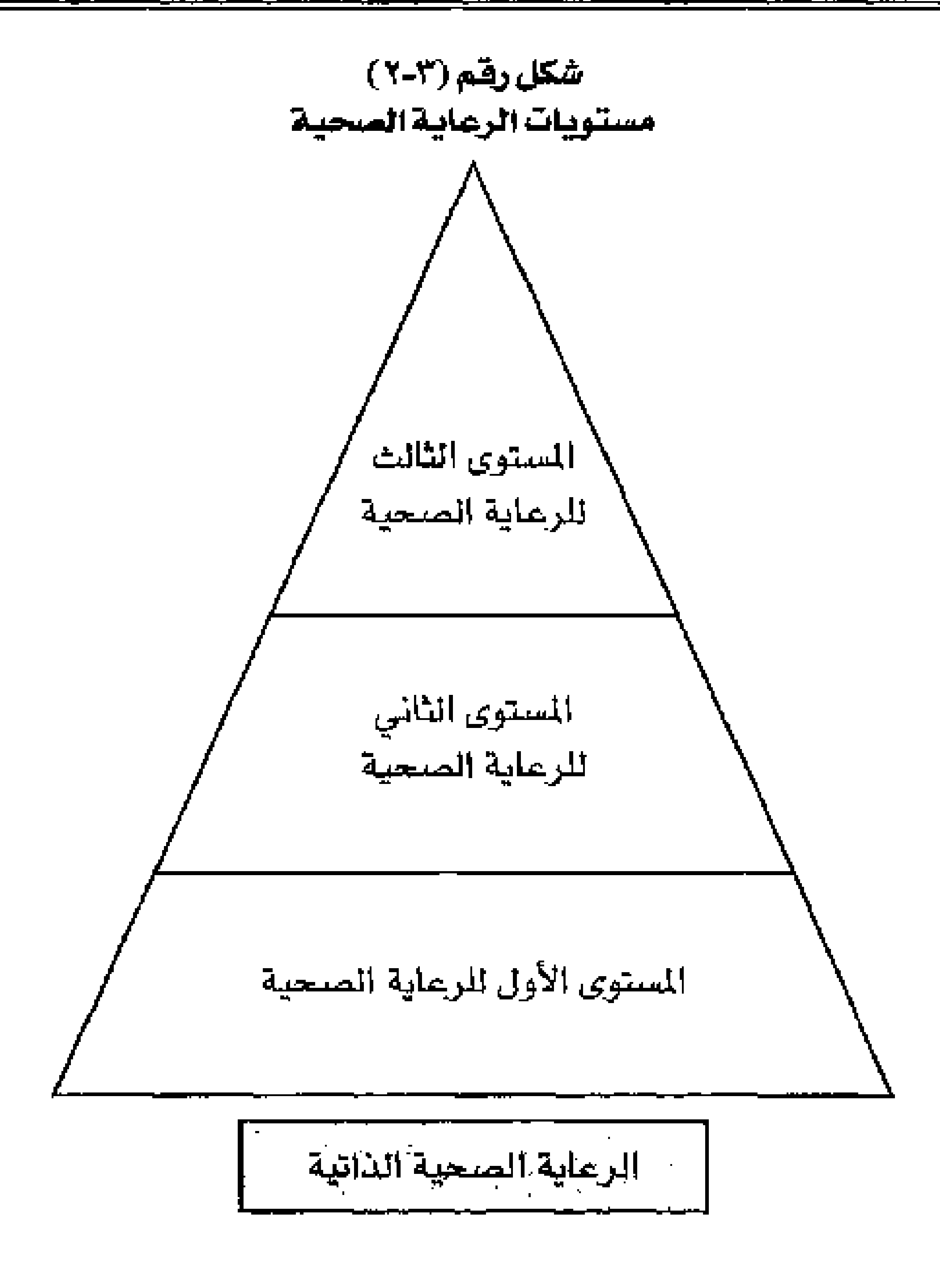
- تطوير وتنظيم الخدمات الصحية الموجودة والموارد البشرية والإمكانات المتوافرة من خلال برامج محددة وإطار زمني معروف.
- تحديد الإجراءات والوسائل التي يجب استخدامها.
- معرفة النتائج التي ينبغي الوصول إليها ضمن الخطط الموضوعة وتحديد كيفية قياسها بدقة وطرق تقييمها.
- وضع وتحديد الميزانيات والموارد ومصادر الاعتمادات المتوافرة والمطلوب توفيرها بواقعية وكفاءة.

مستوى الرعاية الصحية الأولية:

يتم عادة تقديم الخدمات الصحية داخل النظام الصحي في مستويات متكاملة ومتدرجة من أسفل إلى أعلى تختلف في نوعيتها وتعاقبها تبعاً لمستوى تعقيدها من حيث درجة التخصص والمعرفة الطبية والتكنولوجية المستخدمة في وسائل التشخيص والعلاج والوقاية ونوعية مقدمي الخدمة وغيرها من عناصر تقديم الخدمة، ويطلق على هذه الاختلافات «مستويات الرعاية الصحية» . ويوضح الشكل رقم (٣-٢) هذه المستويات المتدرجة والمحددة كما يلي [٢٥]:

- الرعاية الصحية الذاتية Personal Health Care: وهو لا يعد كمستوى مادي للرعاية الصحية، حيث يتم عن طريق الفرد نفسه باتباعه للسلوكيات والممارسات الصحية السليمة دون تنظيم رسمي متعارف عليه حسب المبادئ العامة للتنظيم.
- مستوى الرعاية الصحية الأول First Health Care Level: وتقدم فيه خدمات ما يسمى بالرعاية الصحية الأولية عن طريق المراكز الصحية أو عن طريق أطباء طب الأسرة في الأماكن التي يمارسون فيها عملهم سواء في المصانع أو المؤسسات أو في العيادات الخاصة أو مجموعات الممارسة المهنية. وبصفة عامة يقدم هذا المستوى من الرعاية بواسطة مقدمي خدمة ذوي كفاءة مهنية وضمن النظام الصحي العام.
- مستوى الرعاية الثاني Second Health Care Level: وتقدم فيه الخدمات الصحية الثانوية (أو ما يطلق عليها الرعاية المتخصصة العامة) من خلال المستشفيات المركزية والعامة.
- مستوى الرعاية الصحية الثالث Third Health Care Level: وتقدم فيه الخدمات الصحية المتقدمة والمتخصصة والدقيقة من خلال المستشفيات الجامعية والمراكز الطبية المتخصصة.

شكل رقم (٣-٢)
مستويات الرعاية الصحية



ويجب أن يتم تدعيم كل مستوى من مستويات الرعاية بالإمكانات والتعليم والتدريب والإدارة الجيدة مع الإشراف المستمر. وتنظم العلاقة المتدرجة بين هذه المستويات من خلال وجود نظام فاعل وجيد للإحالة من مستوى الرعاية الصحية الأولية إلى مستوى الرعاية الصحية الثانوية (المستوى الثاني)، على أن يتم ذلك بإرسال تقرير طبي مختصر (خطاب تحويل) يفصل بإيجاز المعلومات الأساسية لحالة المريض اللازمة للطبيب المختص للتعامل مع المريض في المستوى الأعلى، والتشخيص المبدئي لحالته الصحية الراهنة، وسبب التحويل للمستوى الأعلى. ولتفعيل نظام الإحالة هذا يجب الإصرار على تلقي طبيب الرعاية الصحية الأولية تقريراً مماثلاً عند انتهاء التصرف

الطبي حيال المريض في المستشفى وعودته مرة أخرى إلى طبيب الرعاية الأولية. ويؤدي نظام السجلات الصحية بالمراكز الصحية دوراً مهماً وأساسياً في تأريخ وتوثيق هذه العلاقة بين المستويات المختلفة.

إستراتيجيات تطبيق الرعاية الصحية الأولية:

تعد الإستراتيجيات من الوسائل التي يتم استخدامها لتحقيق ميزة معينة للمساعدة في تعجيل عملية ما ضمن برنامج محدد يهدف لتحقيق نتيجة أو هدف مطلوب تحقيقه، ولتطبيق الرعاية الصحية الأولية يمكن استخدام إستراتيجيات متعددة بغرض تفعيل مفهومها ومبادئها. ومن أهم هذه الإستراتيجيات ما يلي [٣٦]، [٣٧]:

١- التوسع في الخدمات والتغطية الشاملة Expanzion of Services and Coverage:

يعد التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية محاولة مستمرة لضمان تغطية كل المواطنين بمجموعة متكاملة وأساسية من الخدمات الصحية، ويحقق ذلك البعد المادي والجغرافي لمبدأ «الحصول على الخدمة Accessibility». ويمكن وضع مؤشرات واضحة ومحددة - يمكن قياسها - لتحديد معنى ومضمون سهولة الحصول على الخدمة، مثل وجود الخدمة على بعد لا يزيد على ٥ كيلو مترات (سيراً على الأقدام) أو يمكن الوصول إليها في زمن أقل من ساعة في حالة السفر إليها، مع وضع حجم سكاني معين مرتبط بوحدة تقديم الخدمة لتوصيل الخدمة لجميع السكان مثل توفير مركز صحي لكل ٥٠٠-٣٠٠٠ فرد في المناطق الريفية، وتوفير مركز صحي لكل ٥٠٠٠-١٠٠٠٠ فرد في المناطق الحضرية.

أما الجانب الفني المتعلق بالحصول على الخدمة فيعني تجهيز وحدات تقديم الرعاية الصحية الأولية بالأجهزة والمعدات والأدوات والمستلزمات اللازمة لتقديم الخدمة المطلوبة (مختبر، أشعة، خدمات الأسنان، ... إلخ)، مع توفير العمالة الفنية المؤهلة لتقديم هذه الخدمات. مع ربط عدة مراكز صحية بمستشفى قروي ثم مستشفى مركزي لتحقيق استمرار الرعاية الصحية بالنسبة لدرجة التعقد والتخصص الطبي.

٢- المساواة والعدل في تقديم الخدمات Equity and Justice of Health Care:

ويعني ذلك أن تكون جميع خدمات الصحة العامة الأساسية متوافرة بصورة متساوية للسكان قاطبة «حسب الاحتياج لها»، وبغض النظر عن أي اعتبار كاللون والجنس

والعنصر والدين والموقع الجغرافي والسن ومستوى الدخل، ومن خلال مجموعات منظمة من الأطباء والعاملين الصحيين. ولذا يصبح من أهداف النظام الصحي ضمان أحقية محدودة (حد أدنى) للرعاية الصحية، مع تساوي الفرص للحصول عليها لتحقيق هدف تقديم الرعاية الصحية للجميع. ولعل هذه الإستراتيجية هي جوهر الشعار الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية في العقود الماضية وأسمته «الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠».

٣- مراعاة فاعلية وكفاءة الخدمة Effectiveness and Efficiency of Service:

يجب أن يتم تخصيص وتوزيع الموارد المالية والبشرية والمرافق الصحية طبقاً للاحتياجات الحقيقية للسكان، مع زيادة الفاعلية مقابل التكلفة بحيث يتم الحصول على أكبر قيمة صحية أو نتائج صحية مرغوب فيها مقابل ما يتم إنفاقه واستخدامه من موارد.

وينظر إلى الفاعلية في الجوانب الصحية من زوايا ثلاث مهمة هي: الأثر والنوعية والملاءمة، فالأثر هو المنفعة القصوى التي يمكن تحقيقها، والنوعية هي الحكم على إجراءات الرعاية الصحية المبني على مدى إسهام هذه الإجراءات في الحصول على النتائج الإيجابية المرغوبة، أما الملاءمة فهي مدى صحة أو سوء استخدام المعرفة والتقنية في تحسين الصحة وعلاج المرض [٢٨].

أما كفاءة الخدمة فينظر إليها من زاويتي تخصيص الموارد والإنتاجية. فكفاءة تخصيص الموارد تعني العمل على تحقيق المزيج الصحيح (الأكثر قيمة) من المخرجات، وبمعنى أن لا يخرج النظام الصحي خدمات أكثر أو أقل من احتياجات المجتمع، كأن تخصص مثلاً موارد كثيرة لأنماط من العلاج ذات فعالية مشكوك فيها وإهمال الخدمات الوقائية للأم قبل الولادة أو تحصينات الأطفال التي أثبتت نجاحها. وبالنسبة للكفاءة الإنتاجية فهي تعني إنتاج مستوى معين من المخرجات مطلوب تحقيقه بأقل تكلفة ممكنة [٢٩]. وقد يحدث عدم كفاءة في تخصيص الموارد حتى في النظام الصحي ذي الكفاءة الإنتاجية العالية، أي عندما ينتج النظام كل خدمة بأقل تكلفة ممكنة إلا أنه ينتج خدمات ما أكثر أو أقل من احتياجات المجتمع.

٤- استمرارية تقديم الخدمات Continuity of service provision:

وتعني استمرارية تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية على أساس الزمن (وتبدأ من رعاية الطفل قبل الولادة وحتى بلوغه أرذل العمر)، والمنطقة الجغرافية (المكان)،

ومستويات الرعاية المختلفة (أولية وثانوية وتخصصية). ويتم ذلك عن طريق تحديد منطقة جغرافية إدارياً لعمل المركز الصحي، وتحديد عدد السكان الذين سيتم تقديم الخدمات الصحية لهم، والقيام بمسح صحي لهؤلاء السكان لمعرفة الخصائص السكانية لهذا المجتمع المحدد، وعمل ملفات صحية عائلية للأسر ضمن نظام ملائم للسجلات الصحية وتفعيل نظام فاعل للإحالة بين مستويات الرعاية الصحية المختلفة.

٥- جودة الخدمات Quality of Care:

لتحسين وضمان مستوى ملائم للرعاية الصحية للاستفادة من وتعظيم القدرات التشخيصية والفاعلية الإكلينيكية، وتمكين العاملين بالرعاية الصحية الأولية من الاطلاع على كل جديد في علوم الطب الحديثة، وتنفيذ ودعم برامج إدارة الجودة الشاملة، والالتزام بالمعايير القياسية لأنشطة وخدمات الرعاية الصحية الأولية.

٦- أولوية تقديم الخدمات للمجموعات السكانية الأكثر عرضة للمخاطر Prioritization:

إعطاء الأولوية في تقديم الخدمات للمجموعات السكانية الأكثر عرضة للمخاطر كالأمهات والحوامل والأطفال دون سن الخامسة من العمر والمسنين والمعاقين ... إلخ، كأولوية لتحقيق الأهداف الصحية الوطنية. ويتم ذلك من خلال تحديد هذه الفئات عددياً ومكانياً وأسرياً باستخدام وسيلة المسح الصحي للمجتمع المستهدف، وتطبيق الإستراتيجيات الأخرى في تقديم الرعاية كالمتابعة، والاستمرارية، والتنسيق مع المستوى الثاني والتخصصي في استكمال الرعاية، وتنظيم إجراءات الإحالة.

٧- دمج البرامج الوقائية مع البرامج العلاجية Combination of Preventive and Curative Programs:

يلزم دمج الأعمال والأنشطة الوقائية (كمكافحة الملاريا والبلهارسيا والدرن ومراقبة الأغذية والمياه ... إلخ) مع الأعمال العلاجية بالنسبة لمستوى الرعاية الصحية الأولية على الأقل. ويتم ذلك على النطاق المكاني بتجميع المكاتب الصحية ووحدات الصحة المدرسية ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمستوصفات في وحدة إدارية واحدة تحت اسم المركز الصحي أو وحدة الرعاية الصحية الأولية (Integration of Health Services)، لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المتكاملة. ويستلزم ذلك بالطبع إعادة تنظيم وحدة الرعاية الصحية الأولية طبقاً لهذا الدمج.

٨- تحقيق التنسيق بين القطاعات ذات العلاقة بالصحة Coordination with other Health Sectors:

على الرغم من أن وزارة الصحة هي المسئول الأول عن صحة المجتمع، إلا أنه توجد جهات أو قطاعات أخرى تشارك في تقديم الخدمات الصحية إما بطريقة مباشرة

لفئـات معينة مـن المجتمع (مثل وزارة الداخليـة والهيئات العسـكرية ووزارة التربية والتعليـم «المعارف» والجامعات والقطاع الخاص)، أو بطريقة غير مباشـرة عن طريق تقـديم خدمات لها علاقة بالخدمات الصحيـة كبعض الخدمات التي تقدمها وزارات الزراعـة والري والإعلام والصناعة والتربية والتعليم في مجال التغذية وتوفير الغذاء على سـبيل المثال. والتنسيق بين القطاعات المختلفة التي لها علاقة بالصحة مطلوب بوصفه دعماً أساسياً للرعاية الصحية الأولية لترشيد استخدام الموارد، ومنع ازدواجية الخدمات المقدمة بلا مبرر، وتحسـين الخدمات من حيث النوعية والمسـتوى، وتقديم الحلول العاجلة والمناسبة للمشاكل التي يواجهها تطبيق الرعاية الصحية الأولية. ومن المهـم إدراك أن كل الجوانب البيئية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع تؤثر علـى الصحة، وأنه خارج التحديد الضيق والمختصـر للقطاع الصحي توجد تأثيرات هامة لأغلب القطاعات الأخرى على الصحة مثل البلديات، والتعليم، والزراعة، والمياه، والمواصلات، والإسكان، والصناعة، ... إلخ.

ومن الناحية التنظيمية يتم تحقيق التنسيق بين القطاعات المختلفة التي لها علاقة بالصحة من خلال تكوين مجالس أو لجان صحية على المستوى المركزي، وعلى مستوى المناطق الصحية، وربما يلزم ذلك حتى على مستوى مجتمع المراكز الصحية.

خدمات الرعاية الصحية الأولية [٣٠]،[٣١]،[٣٢]،[٣٣]:

مـن واقع عناصر الرعايـة الصحية الأولية الثمانية التي جـاءت بإعلان «آلما آتا» وقد سـبق الإشارة إليها من قبل، يمكن تحديد بعض الخدمات الأساسية التي يلزم أن تقدمها وحدات الرعاية الصحية الأولية كالمراكز الصحية والتي من أهمها ما يلي:

١- الخدمات المقدمة للأم:

الرعايـة أثناء الحمل: متابعة الحمل الطبيعـي- التطعيم ضد التيتانوس - رعاية وعلاج حالات ضغط الدم المرتفع (ما قبل تسـمم الحمل) - متابعة الحوامل للكشـف عن الإصابة بمرض السكري والتهابات مجرى البول، والأنيميا نتيجة للحمل - تحويل حالات الحمل المعرضة للخطر للمستشفى طبقاً لنظام الإحالة الموجود.

خدمـات التوليـد وما بعد الولادة: القيـام بالولادات الطبيعية - تقديم المشـورة بشأن الرضاعة الطبيعية وتنظيم الأسـرة (الحمل المتباعد) مع تقديم الخدمات التي تسـتلزمها هذه الخدمة - تحويل حالات الحمل المعرضة للخطر للمستشفى - تقديم رعاية ما بعد الولادة أو ما بعد الإجهاض.

٢- الخدمات المقدمة للطفل:

خدمات التطعيمات: خدمات التحصينات ضد الأمراض الفتاكة بالأطفال كالدرن، وشلل الأطفال، والحصبة، والتيتانوس، والدفيتريا، والسعال الديكي، والالتهاب الكبدي (ب)، وغيـره مما قد تراه الدولة ممثلة فـي وزارة الصحة من ضرورة التحصين ضد مرض معين في مكان ما.

متابعة النمو والتطور: التقييم المستمر لحالة النمو والتطور للطفل - تقييم الحالة الغذائية - تقديم المشـورة المتعلقة بالتغذية السـليمة والتي تشمل الرضاعة الطبيعية والفطام - العلاج بفيتامين أ والحديد عند الاحتياج.

الرعايـة المتكاملـة للطفل المريض: تقييم وتصنيف وعلاج حالات التهابات الجهاز التنفسـي الحادة، والإسهال، وسوء التغذية، ومشاكل الأذن، والتهابات الحلق، وحالات الحمى، معالجة حـالات العدوى غير البكتيرية، وغيرهـا - تحويل الحالات المرضية الشديدة للمستشفى.

٣- الخدمات المقدمة لكل الأعمار وتتضمن البالغين والمراهقين:

علاج الأمراض السارية:

اكتشـاف حالات الدرن وتحويلها للمراكز التخصصية، وتحديد المخالطين واتخاذ الإجراءات الوقائية تجاههم.

علاج الديدان كالبلهارسـيا والفاشيولا وغيرها، وتحويل الحالات ذات المضاعفات للمستشفى.

عـلاج عدوى الجهاز التناسـلي والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسـي، وتحويل الحالات الشديدة والمتكررة للمستشفى.

علاج الأمراض غير الوبائية:

معالجة حالات مرض السـكري التي ليس لها مضاعفات، ومراقبة الحالات كل ٦ شهور، وتحويل الحالات ذات المضاعفات للمستشفى.

معالجـة حالات مرض ارتفاع ضغط الدم التـي ليس بها مضاعفات، ومتابعة هذه الحالات سنوياً، وتحويل الحالات ذات المضاعفات للمستشفى.

الاكتشـاف المبكر إكلينيكيا وبالوسائل التشخيصية البسيطة لحالات قصور الدورة الدموية للقلب ومعالجتها، وتحويل حالات احتشاء القلب للمستشفى.

الاكتشـاف المبكر لحالات التهاب الجهاز التنفسـي الحـادة والتهاب الأذن والأنف والحنجرة ومعالجتها، وتحويل حالات الالتهاب الرئوي المشتبهة للمستشفى.

اكتشـاف ومعالجـة حالات أمراض العيـون (مثل التهاب الملتحمـة – التراكوما – الجلوكوما)، وتحويل حالات الجلوكوما المشتبهة للمستشفى.

عمل الإسـعافات الأولية للحـالات الطارئـة كالإصابات، والحـوادث، والنزيف، والتسـمم، وعضة الثعبان، ولدغ العقرب، والصدمة، والحروق، والمغص الكلوي الحاد، والتشـنجات، وإصابات العمل، والعمل على اسـتقرار الحـالات وتركيب خط وريدي والتحويل للمستشفى إذا لزم الأمر.

القيام بالجراحات البسـيطة (وهي الحالات الطارئـة التي لا تحتاج لمخدر عام أو مهارة جراحية كبيرة) كعمل الفرز للجروح القطعية، أو اسـتئصال ظفر، أو فتح خراج، وتحويـل الحالات للمستشـفى إذا تطلب الأمر تدخلاً جراحيـاً بمخدر عام أو دخول المستشفى لأكثر من ليلة.

٤- خدمات الصحة العامة:

الحصر الاجتماعي السـكاني: يتم عمل الحصر السكاني لمجتمع المركز الصحي، ومـن تحليل البيانات يتم تحديد عدد السـكان، وعدد الأسـر، وعدد الأطفال، وعدد السيدات المتزوجات، ونوعية المساكن، والمستوى التعليمي والاقتصادي للسكان، وتحديد الأمراض المزمنة والإعاقة ودرجة الخطورة لها، والمشاكل الاجتماعية الأخرى، ومعرفة المؤشـرات المختلفة للحالة الصحية للمجتمع لاستخدامها فيما بعد في عقد المقارنات ومعرفة التحسن في الحالة الصحية.

المراقبة الوبائية للأمراض المعدية: مكافحة الأوبئة والسـيطرة عليها، واكتشـاف المجموعات السـكانية الأكثر تعرضاً للإصابة بهذه الأمـراض، والتبليغ عن الأمراض المعديـة المكتشـفة، واتخاذ الإجراءات تجـاه المرضى والمخالطـين، وعمل الإجراءات الوقائية البيئية.

مراقبة الأغذية ومياه الشـرب: بالتنسـيق مـع الجهات المعنيـة بإصحاح البيئة، والتخلـص من الفضـلات، ومراقبة مياه الشـرب، واكتشـاف العدوى فـي الأغذية والمشروبات، ومراجعة الحالة الصحية للعاملين بالأطعمة والمشروبات.

مكافحة الأمراض المشتركة: وهي الأمراض المشتركة بين الإنسان والحيوان مثل الحمى المالطية والسالمونيلا وداء الكلب وأنفلونزا الطيور وغيرها، وذلك عن طريق المراقبة الوبائية، والمكافحة، والوقاية، وعلاج الحالات، وتدريب العاملين على هذه الأعمال.

مكافحة العدوى داخل المستشفيات والتخلص الآمن من الفضلات: بوضع وتنفيذ نظام ملائم ومستديم للتخلص من فضلات المستشفيات وتوفير المحارق المناسبة لنوعية الفضلات، ومكافحة العدوى بالمستشفيات على مستوى المركز الإداري للوحدات الصحية.

٥- التثقيف الصحي:

لتغيير مفاهيم الناس واتجاهاتهم وسلوكهم إلى أنواع من الاتجاهات والسلوك الذي يساعد على الوقاية من الأمراض، والمحافظة على الصحة وسرعة النقاهة منها. وذلك عن طريق المحاضرات والندوات والمناقشات والمقابلات الشخصية ووسائل الإعلام الجماهيرية، وتقديم المشورة والقيام بالتربية الصحية في مجالات: الإرشاد بشأن التغذية السليمة، والنظافة الشخصية للبالغين والأطفال، وأهمية الرضاعة الطبيعية والفطام، وضرورة متابعة النمو للطفل، والسلوك السليم لمريض الأمراض المزمنة، ورعاية الحوامل، وإصحاح البيئة، ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم الأسرة، وعمل الإسعافات الأولية، وتعزيز الرعاية الصحية الذاتية للأفراد، وتشجيع مشاركة المجتمع في تحديد وتنفيذ ومراقبة الأنشطة الصحية.

العاملون في الرعاية الصحية الأولية:

من المنطقي والواضح أن الخدمات الوقائية والعلاجية والتطويرية للرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يتم تقديمها للمواطنين عن طريق فرد واحد مهما كان مستوى تعليمه وتدريبه وكفاءته، وذلك بسبب المهارات المتعددة المطلوبة لتقديم هذه الخدمات، وطبيعة هذه الخدمات من ناحية الشمولية والتكامل والاستمرار. لذا يلزم وجود فريق صحي مؤهل ومدرب لتقديم هذه الخدمات يعتمد في تكوينه على تعدد الخبرات والمهارات، وفي نفس الوقت يعتمد في عمله على وحدة الهدف والتكامل والتنسيق الفعال من خلال تنظيم جيد يحقق الأهداف الإدارية التي تسعى لتحقيقها الرعاية الصحية الأولية.

ومـــن المتعارف عليه أن الفريـــق الصحي هو «مجموعة من النـــاس التي تعمل معاً لتقديم الرعاية الصحية للأفراد والأسر في المجتمع» [٣٤]. ولكننا نرى أنه من الأفضل أن يتوسع هذا التعريف ليصبح «مجموعة من الأفراد الذين يتميزون بدرجات مختلفة من المعرفة والخبرة والمهارات، والذين يعملون معاً بتوافق ومشاركة لتحقيق هدف متفق عليه».

ومـــن الطبيعي في هذه الحالة أن يكون لهذا الفريق قائد محدد لتحقيق انســـجام ووحدة وفاعلية عمل الفريق. وقائد الفريق الناجح هو الذي يحدد الأهداف بالتعاون مع أفراد الفريق، وبمســـاعدة المجتمع من خلال التثقيف والمناقشـــة لاختيار الأهداف النابعة من الاحتياجات الحقيقية لهذا المجتمع. ويجب أن تعكس هذه الأهداف المحلية السياسات التي تضعها وزارة الصحة، وتتفق أيضاً مع أهداف التنمية الوطنية. ويمكن لقائد الفريق أن يحســـن ويطور العمل باستخدام أســـلوب الحوافز وتقليل حالة عدم الرضا بـــين أفراد الفريق. فهناك عناصر تحفيز مهمة تحقق ذلك يمكن إجمالها في الآتي: اســـتخدام قيمة إنجاز العمل، والتقدير الفردي والجماعي، والتشـــجيع الأدبي والترقية، والتفويض أو الإعداد لتحمل مســـئولية أكبر، وقيمة العمل ذاته، والتحســـن الذاتـــي للفرد. وعلى الجانب الآخر توجد بعـــض العوامل التي تؤدي إلى عدم الرضا لدى أفراد الفريق أهمها: الإدارة السيئة أو الضعيفة، وعدم فاعلية الإشراف، وضعف العلاقـــات المتبادلة بين الأفراد، وضعف القدرات الشـــخصية لقائـــد الفريق، وضآلة الرواتب، وظروف العمل السيئة.

والبعـــض قد يذهب إلى اعتبار أن كل من يعمل فـــي الفريق الصحي يجب أن يعد عضواً به مهما كانت وظيفته (كالســـائق والمســـتخدم مثلاً)، إلا أنه جرى العرف على أن فريـــق الرعايـــة الصحية الأولية بالمراكز الصحية يجب أن يتوافر له (من الناحية النظرية) العاملين الذين يتمتعون بمهارات ملائمة لتقديم الخدمات التطويرية والوقائية والعلاجية التي يلزم أن يقدمها المركز الصحي. يتكون عادة من [٣٥، ٣٦]:

- الطبيـــب (أخصائي طب أســـرة أو طبيـــب عام تم تأهيله للعمـــل بالرعاية الصحية الأولية).
- طبيب أسنان (تم إعادة تأهيله للعمل بالرعاية الصحية الأولية).
- الممرضة والقابلة (قادرة على القيام بالزيارات المنزلية والعناية بالأسرة ككل).
- المراقب الصحي (موجه للعمل داخل المجتمع مع تقديم المساعدة الفنية داخل المركز).

- الأخصائي الاجتماعي (ودوره في الأساس تحديد المشاكل الصحية بعمق).
- فني المختبر (بجانب العمل الفني يساعد في الأعمال كشخص متعدد الأغراض).
- فني الأشعة (بجانب العمل الفني يساعد في الأعمال كشخص متعدد الأغراض).
- الصيدلي (يعكس الوعي الصحي والدوائي على المجتمع بجانب عمله الفني).
- الإداري (ويقوم بالأعمال الإدارية بجانب المساعدة في الفريق الصحي بالمركز وخارجه).

وقد لا يتوافر بعض من أعضاء الفريق الصحي السابق ذكرهم، وفي هذه الحالة يحاول الفريق الصحي القيام بأنشطته في حدود الموارد البشرية والمادية المتوافرة وتحت الإشراف المستمر لضمان عدم تعدّي الحدود الفنية والإدارية للفريق، مع استخدام بدائل أخرى كالتحويل لمركز قريب توجد به خدمة غير متوافرة بالمركز كالأشعة مثلاً.

وقائد الفريق هو مدير المركز (وهو في الغالب طبيب) بصرف النظر عن كونه يحتل موقعاً فنياً أو إدارياً، وبالتالي يجب أن ينمي كفاءاته الإدارية اللازمة لقيادة الفريق، والتي تمكنه من تطبيق الأسس الواجبة لتحقيق فاعلية الفريق. ومن أهم هذه الأسس: المشاركة في تخطيط العمل، والتوزيع الجيد والموضوعي للمهام بين أعضاء الفريق، والإيمان بمبدأ تفويض السلطات وتطبيقه بفهم مع الإشراف السليم لقائد الفريق، والتشجيع الدائم لأعضاء الفريق بكافة الوسائل الأدبية والمادية.

طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية:

نشأ الوضع الراهن للطب العام في الدول المتقدمة تدريجياً ولكن ترجع البداية إلى النصف الثاني من القرن التاسع عشر، حيث بدأ بعد قيام الثورة الصناعية في المملكة المتحدة تنظيم الرعاية الصحية. وفي عام ١٩١١م أنشئت المؤسسة الوطنية للتأمين الصحي واعتبرت الطبيب الممارس العام نقطة إدخال المريض إلى نظام الخدمات الصحية، وتحتوي مقررات كل كليات الطب على مادة الطب العام، وأغلب الكليات تضم أقساماً للطب العام. كما أن التدريب المهني إجباري لكل الأطباء الراغبين في العمل في نظام الخدمات الصحية [٣٧]. وفي الولايات المتحدة الأمريكية أصبح تطور طب الأسرة ملحوظاً منذ عام ١٩٦٩م، وتم إنشاء برامج طب الأسرة في أغلب كليات الطب في السنوات التي تلت ذلك. وتعد أقسام طب الأسرة بالكليات الطبية الأساس لتدريب وممارسة وعمل البحوث الخاصة بطب الأسرة، وهمزة الوصل بين

طب الأسرة الأكاديمي وبين أطباء الأسرة الممارسين في المجتمع وباقي الأقسام الطبية الأخرى. فقد ثبت أن إخفاق برنامج تدريب أطباء الأسر في الماضي يرجع إلى عدم ارتباطهم بكليات الطب بوصفها مرجعاً أكاديمياً داعماً للتدريب والتعليم والتطور المهني والبحوث.

والملفت للنظر في الولايات المتحدة الأمريكية (أو كما حدث في غيرها من الدول) أن كثيراً من التخصصات الطبية كتخصصي الأطفال والأمراض الباطنية مثلاً ادعت أن لها دوراً في الرعاية الصحية الأولية معتمدين في ذلك على تعريف محدود للرعاية الصحية الأولية على أساس أنها المرحلة الأولى أو نقطة الالتقاء أو اتصال المريض مع النظام الصحي [٢٨]، دون اعتبار لمبادئ مهمة للرعاية الصحية الأولية مثل استمرارية الرعاية، أو شموليتها طويلة الأجل، أو النظر للأسرة على أنها وحدة الرعاية وليس الفرد فقط، وهذه أمور جوهرية في علاقة تخصص طب الأسرة بالرعاية الصحية الأولية.

مكونات المركز الصحي:

تعرضنا فيما سبق لما يعنيه مستوى الرعاية الصحية الأولية وعلاقته بمستويات الصحة المكملة للنظام الصحي الذي يعتمد على الصحة الأولية، وكذلك الإستراتيجيات والخدمات التي يجب أن يقدمها المركز الصحي لتحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية، مع تحديد العاملين المؤهلين للعمل بهذه المراكز للقيام بأنشطته، والحاجة إلى الارتباط بطب الأسرة الأكاديمي لدعم احتياجات الرعاية الصحية الأولية. ومما سبق يمكن تصور المكونات التي يمكن أن توجد في وحدة المكانية تتيح للمركز الصحي تقديم خدماته للمواطنين للمساعدة في حل المشاكل الصحية التي تواجههم. وهذه المكونات يمكن تحديدها فيما يلي:

- **الاستقبال:** وهو مكان يتواجد به إداري مؤهل من ناحية فهم أهداف ومفاهيم وعناصر وخدمات الرعاية الصحية الأولية وكيفية التعامل مع المراجعين. ويتم في هذا المكان الترحيب بالمراجع، واستخراج ملفه الصحي العائلي، وتسليمه للممرضة المسئولة بالعيادة المعنية، وتوجيه المراجع لغرفة الانتظار.
- **غرفة الانتظار:** مكان يتسع لعدد من المراجعين بين ٥-١٠ أفراد (أو عدد يتناسب مع حجم الازدحام بالمركز)، على أن يراعى في هذا المكان الشروط الصحية كالنظافة والتهوية والإضاءة ومناسبة درجة الحرارة. كما يراعى أيضاً أن تستغل فترة

انتظار المراجعين في التوعية الصحية للمراجعين من خلال المطبوعات والنشرات والمحاضرات.

- **العيادات:** ويتم فيها الكشف على المراجع بواسطة طبيب أخصائي طب أسرة أو ممارس عام تم تدريبه من خلال برنامج للرعاية الصحية الأولية. ويقوم الطبيب بمراجعة ملف الطبيب للتعرف على المشاكل الصحية للمراجع وأسرته، وفحص وتشخيص الحالة، وكتابة العلاج وإرشاده لكيفية استخدامه، وتوجيه المراجع للخدمات التشخيصية المساعدة (الفحص المخبري أو الإشعاعي) عند الحاجة، والتصرف بعد ذلك أما بالعلاج أو المتابعة أو التحويل للمستشفى، والتنسيق لتحديد موعد للمراجعة مرة أخرى.
- **المختبر:** ويعمل به فني مختبر مؤهل ومدرب على مفاهيم الرعاية الصحية الأولية، ويتم فيه فحص العينات، وإعطاء نتيجة الفحص للمراجع أو الممرضة بالعيادة المختصة، وتسجيل النتائج في سجل المختبر.
- **الأشعة:** والموظف المسئول هنا هو فني أشعة مؤهل ومدرب على مفاهيم الرعاية الصحية الأولية، ويتم فيه تجهيز المراجع حسب نوع الفحص المطلوب، وعمل الفحص، وترسل الأفلام عادة للمستشفى لكتابة التقارير بواسطة أخصائي أشعة، وتسلم التقارير بعد عودتها للمركز الصحي للممرضة بالعيادة المختصة، وتسجيل النتائج في سجل الأشعة بالمركز.
- **الصيدلية:** ويعمل بها صيدلي أو مساعد صيدلي مؤهل ومدرب على مفاهيم الرعاية الصحية الأولية. وعمله يتخلص في استلام الوصفة من المريض وصرف العلاج، وشرح كيفية استخدامه حسب تعليمات الطبيب، وتسجيل المنصرف في سجلات الصيدلية.

تنظيم المركز الصحي:

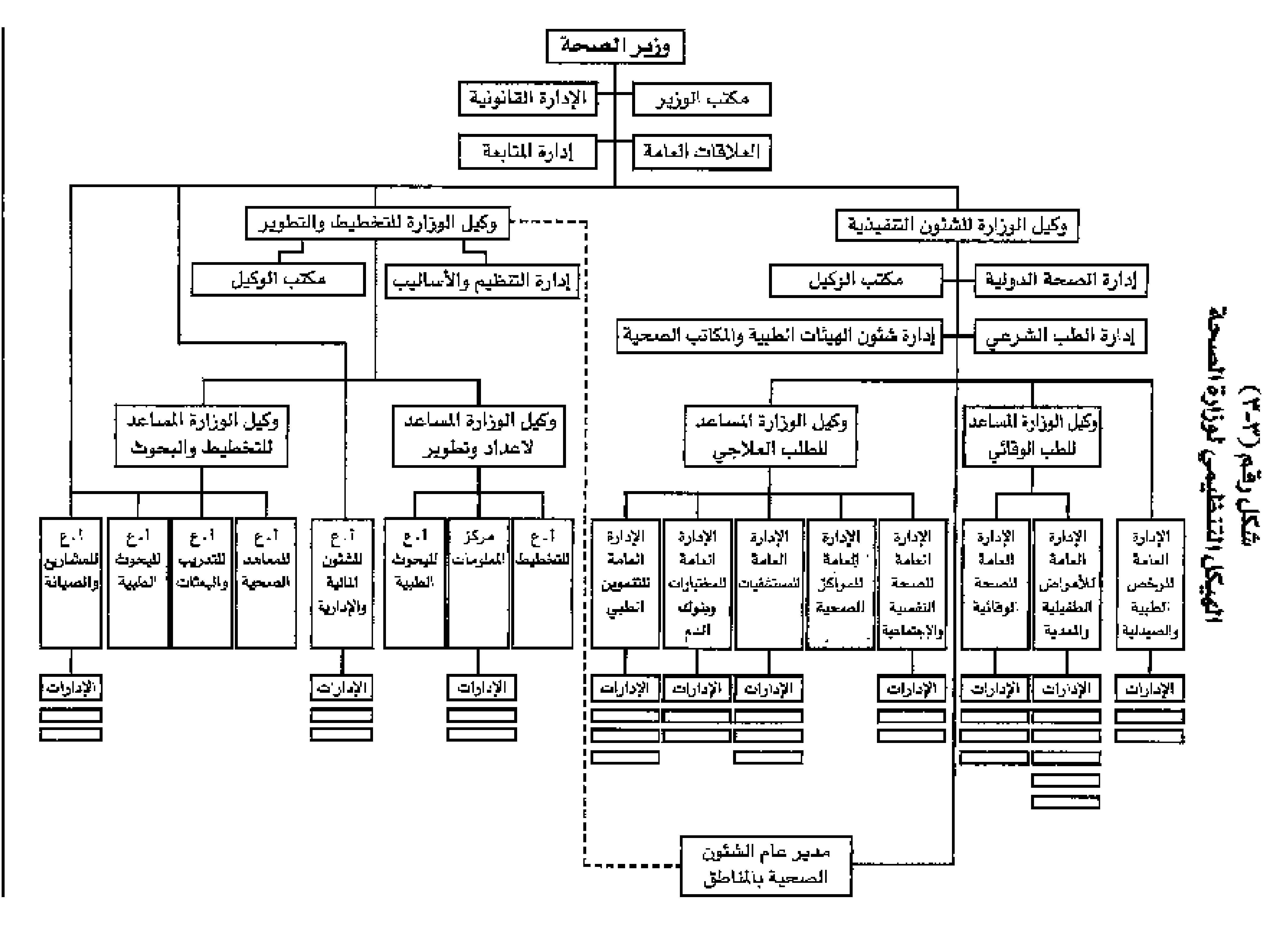
سبق الإشارة إلى أن التنظيم يعد أحد الجوانب الرئيسة من جوانب الإدارة الصحية بسبب أنه يقوم بدور مهم في تشغيل كل النظم الصحية. ويشير التنظيم إلى الإطار الذي يضم مختلف الوحدات الإدارية والعلاقات التي تربطها، والصلاحيات والاختصاصات لكل تقسيم إداري، وذلك من خلال تطبيق مبادئ التنظيم الأساسية السابق مناقشتها من قبل وهي: التخصص، ووحدة الأمر، وتفويض السلطة، وتحديد نطاق الإشراف، وتوازن السلطة والمسئولية. والتنظيم كوظيفة إدارية تؤدي في النهاية

إلـى التنظيم كهيكل أو بناء، وبالتالي يتوقف الهيـكل التنظيمي كأداة لوظيفة التنظيم على ما سبق مناقشته ويمكن إجماله فيما يلي:

- تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية المطلوب تحقيقها.
- حصر الأنشطة والواجبات التي إذا تم إنجازها تتحقق الأهداف الموضوعة.
- تجميع الأنشطة المتشابهة والمتكاملة ووضعها في وظائف.
- تجميع الوظائف ذات الطبيعة الواحدة ووضعها في وحدات أو تقسيمات إدارية.
- تحديد المسـتويات الإدارية للوحدات والتقسيمات من خلال علاقة نشاط كل وحدة بأهداف الوحدة الإدارية.
- شـغل الوظائف الإشرافية والتنفيذية بالأشخاص المناسبين اعتماداً على الصلاحية والجدارة.
- وضع المراحل السـابقة في شـكل خريطة تنظيمية تحدد أماكن العاملين في البناء التنظيمي والعلاقات الرأسية والأفقية بينهم.
- اسـتكمال البنـاء التنظيمي بإعداد دليـل التنظيم الإداري شـاملاً تفصيلات عن الاختصاصات والواجبات والسلطات الممنوحة.

والشـكل رقم (٣-٣) يوضح أين تقع المراكز الصحية من ناحية التنظيم في مسـار الهيـكل التنظيمي لوزارة الصحة [٢٩]، فقد تتبع المراكـز الصحية في التنظيم الإداري للنظام الصحي الحكومي المسـتوى الإداري الممثل بوكالة الـوزارة للطب العلاجي من منطلق تكامـل عناصر الخدمات الوقائيـة والعلاجية والتدريبيـة والتي تتألف منها الخدمـات الصحية. وقد تنبـع هذه التبعية من المـوروث التاريخي للخدمة الصحية من ناحيـة التركيز على خدمات الطب العلاجي وعلى الخدمات الصحية الثانوية عن طريق المستشفيات، وبمنطق أن الأولوية كانت لتأمين العلاج الفوري للأمراض. إلا أنه مـع زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية الوقائية جنباً إلى جنب مع الخدمات العلاجية ترى بعض النظم الصحية في دول عديدة أن الرعاية الصحية الأولية لا تقتصر فقط على النواحي الوقائية، ولكنها أيضاً تهدف لعلاج الناس، والذين يذهب أغلبهم للمراكز الصحية من منطلق مفهوم قاصر للرعاية الصحية يعتمد على طلب العلاج أولاً وليس للوقاية من مسببات المرض. ولذا كان التنظيم الإداري يعبر عن ذلك من ناحية الرغبة في تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات الصحية العلاجية والوقائية.

شكل رقم (٣-٣)
الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة



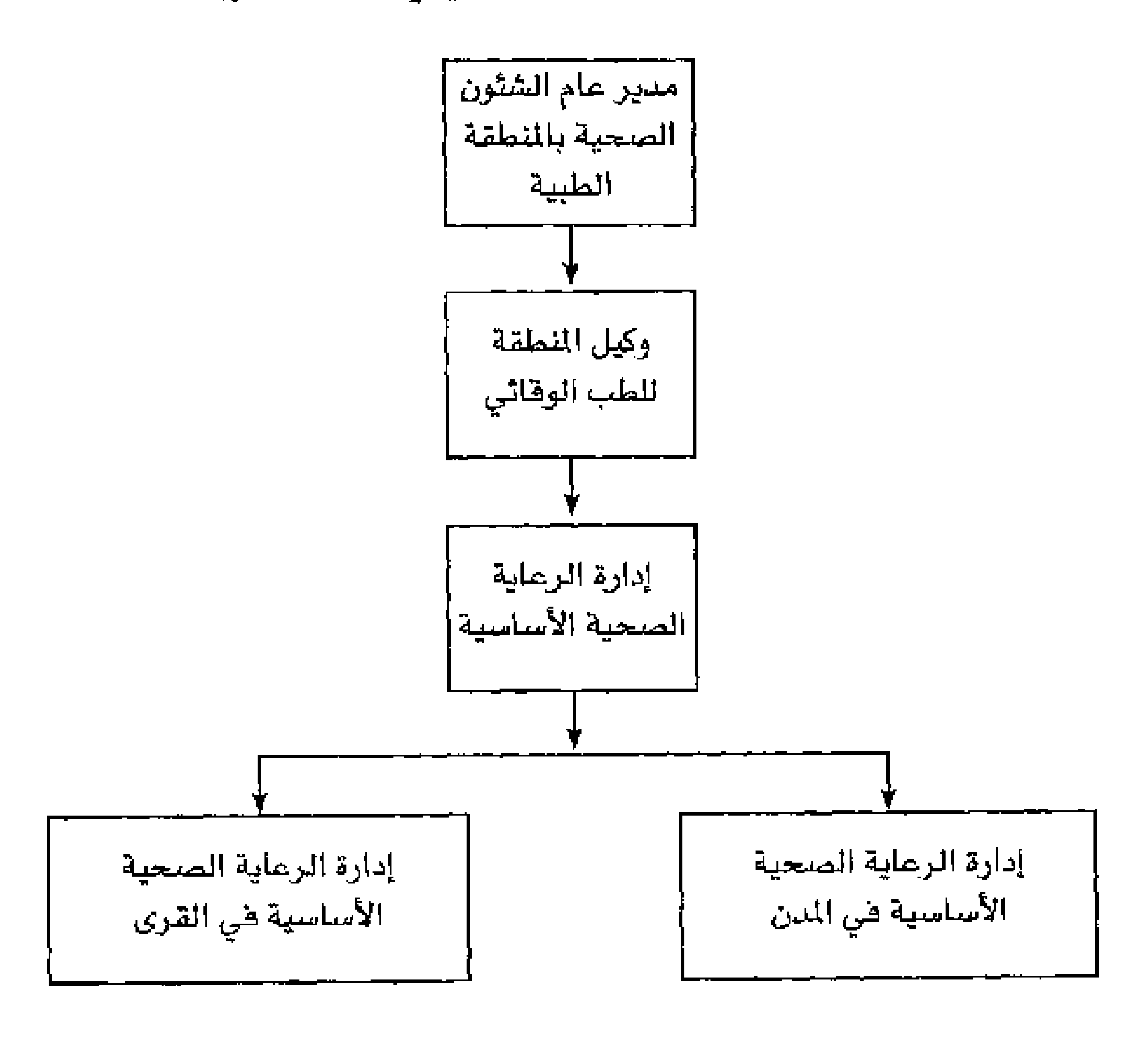
ويعكس الشكل رقم (٣-٤) طريقة انسيابية تنظيمية أخرى للمراكز الصحية من حيث تبعية هذه المراكز لوكالة الوزارة للطب الوقائي في الخريطة التنظيمية لوزارة الصحة في بعض الدول، والذي تتبعه الإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية (الأولية)، وهي الإدارة العامة المسئولة عن قطاع الرعاية الصحية الأساسية بالحضر (المراكز الصحية بالمدن) وقطاع الرعاية الأساسية بالريف (وحدات الرعاية الأولية بالمناطق الريفية). وهنا يظهر التحديد الواضح لوجود المراكز الصحية ضمن القطاع الوقائي نظراً لطبيعة وفلسفة الرعاية الصحية الأولية، ومن منطلق التحول من معالجة الأمراض بعد حدوثها إلى اتخاذ كل المجهودات الصحية اللازمة لمنع حدوث المرض في الأساس.

شكل رقم (٣-٤)
مسار المراكز الصحية ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة

وزير الصحة
↓
وكيل الوزارة للطب الوقائي
↓
قطاع الرعاية الصحية الأساسية
↓
الإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية في المدن | الإدارة العامة للرعاية الصحية الأساسية في القرى

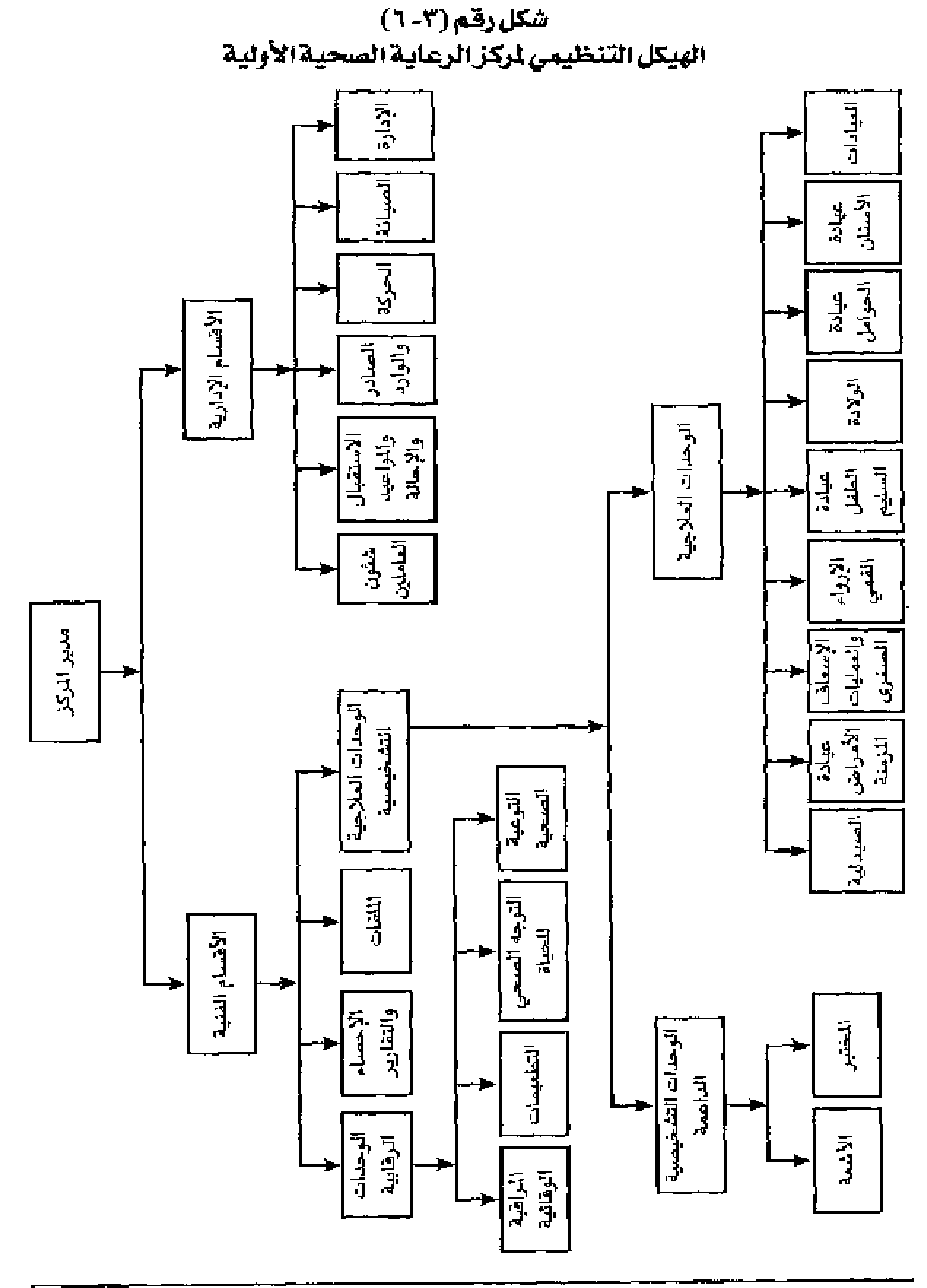
أما بالنســبة لوضع مراكز الرعاية الصحية الأولية بالهيكل التنظيمي على مستوى المناطق الطبية فيظهر في الشــكل رقم (٣-٥) نوعٌ من التنظيم الإداري الذي تتبع فيه الرعاية الصحية الأولية (الأساســية) مدير عام الشئون الصحية بالمنطقة [٤٠]، ويتبعها إدارات مثل الرعاية الصحية الأولية بالحضر، والرعاية الصحية الأولية بالريف. وهنا يتجانس الفكر التنظيمي للهيكل الوظيفي بوزارة الصحة مع الفكر التنظيمي لمســتوى الرعاية الصحية الأولية بالهيكل التنظيمي على مستوى المنطقة الطبية.

شكل رقم (٣-٥)
مسار المراكز الصحية ضمن الهيكل التنظيمي للمنطقة الطبية



وبالنسبة للهيكل التنظيمي داخل المركز الصحي نفسه فيبين الشكل رقم (٣-٦) تنظيم المركز الصحي للرعاية الأولية من حيث تجميع الوظائف في مجموعات لينتج أن المركز يتكون من أقسام تقوم بالأعمال الإدارية، وأقسام تقوم بالأعمال الفنية الطبية، والأخيرة تنقسم أساساً إلى وحدات للأعمال العلاجية والتشخيصية وأخرى للأعمال الوقائية، إلى جانب نشاط الملفات (السجلات الصحية) وأعمال الإحصاء والتقارير الإحصائية المتعلقة بالنشاط الفني للمركز. كما ينقسم الأنشطة العلاجية والتشخيصية إلى وحدات علاجية ووحدات تشخيصية داعمة كالمختبر والأشعة [٤١].

شكل رقم (٣-٦)
الهيكل التنظيمي لمركز الرعاية الصحية الأولية



مراجع الفصل الثالث:

١- وزارة الاقتصاد والتخطيط، المملكة العربية السعودية، منجزات خطط التنمية: حقائق وأرقام، الإصدار الثاني والعشرون، ١٣٩٠-١٤٢٦هـ/١٩٧٠-٢٠٠٥م. الصفحات ١٥٥، ١٦٧ ، ١٦٩.

٢- خوجة، توفيق أحمد، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية: الرعاية الصحية الأولية، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليج العربية، الطبعة الثالثة، الرياض، المملكة العربية السعودية، شعبان ١٤٢٦هـ/سبتمبر ٢٠٠٥م. التصدير.

3- World Health Organization, Report on WHO Symposium, Primary Health Care-From Theory to Action, Regional Office of Europe, Copenhagen, 1982. PP. 3.

4- World Health Organization & United Nations ChildernHealth: A Time for Justice- Primary Health Care, Published by the Public Information Division, Geneva, June 1978. PP. 3, 5.

٥- كارل ايفانج، فرديناند هاسلر، ليتارت ليفي، بيتر سانسبرى، ك. ا. س ويراتونج، تعزيز الصحة في البيئة البشرية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط، الإسكندرية، المجلد الرابع، العدد ٣، ١٩٨٠م. الصفحات ٢٠، ٢١.

6- AL Mazrou, Yagob & AL Shehri, Sulieman and Rao, P. S. Manohar, Principles & Practice of Primary Health Care, Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Health, General Directorate of Health Centers, Dar EL Heelal Printing, Riyadh, 1990. P. 13.

٧- بريان آبيل – سميث، آلسيرا ليسيرسون، الفقر والتنمية والسياسة الصحية، سلسلة بحوث الصحة العامة رقم ٦٩، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨١م. ص ٨.

٨- منظمة الصحة العالمية، وضع مؤشرات لمراقبة التقدم نحو توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، سلسلة الصحة للجميع رقم ٤، جنيف، ١٩٨١م. ص ٩.

9- World Health Organization, Primary Health Care-Report of International Conference on Primary Health Care, Principle Document, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978, Health for all Series, No.1, Geneva, 1978.

١٠ الجزائري، حسين عبد الرازق، رسالة المدير الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لدول شرق البحر الأبيض المتوسط – يوم الصحة العالمي ١٩٨٣م، المجلة الطبية السعودية، العدد ٢٥، رجب – شعبان ١٤٠٢هـ. ص ٨٣.

١١- منظمة الصحة العالمية، صياغة إستراتيجيات لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، سلسلة الصحة للجميع رقم ٢، جنيف، ١٩٧٩م. الصفحات ٤، ٧، ١٦، ٦٨.

12- World Health Organization, Report on WHO Symposium, Primary Health Care-From Theory to Action, Regional Office of Europe, Copenhagen, 1982. P. 4.

١٣- المزروع، وآخرون، دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية، المملكة العربية السعودية، وزارة الصحة، الإدارة العامة للمراكز الصحية، الرياض، ١٤١٢هـ/١٩٩١م. الصفحات ١١، ١٢، ١٣.

١٤- بريان آبيل – سميث، الفقر والتنمية والسياسة الصحية، ١٩٨١م. مرجع سبق ذكره. ص ٢٨.

15- World Health Organization & United Nations ChildernHealth: A Time for Justice-Primary Health Care, Published by the Public Information Division, Geneva, June 1978. PP. 5, 6.

١٦- منظمة الصحة العالمية، قرارات جمعية الصحة العالمية، وقائع منظمة الصحة العالمية، المجلد ٣٤، العدد ٨/٧، يوليه/أغسطس ١٩٨٠م. صفحة ٢٦٧.

١٧- منظمة الصحة العالمية، صياغة إستراتيجيات لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، ١٩٧٩م. مرجع سبق ذكره. ص ٢٦.

١٨- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية التي تخرج للناس: المناقشات الفنية التي جرت في جمعية الصحة العالمية الرابعة والثلاثين، وقائع منظمة الصحة العالمية، المجلد ٣٥، العدد ٥، مايو ١٩٨١م. صفحة ٢٢٣.

19- Walsh, Julia A. and Warner, Kenneth, S., Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries, The New England Journal of Medicine, 1979, 301 (18). PP. 967-973.

20- McNamara, Robert S., Address to the Board of Governors of the world Bank-Annual Report, Washington D. C., World Bank, 1978.

21- Foege, H. W. and Henderson, A. D., Management Priorities in Primary Health Care, Review of Infectious Diseases, 1986, 8 (3): 313-319.

٢٢- كليجوفسكي، بوغدان م.، رومر ملتون م.، فان دير فيرف، البرت، توجيه النظم الصحية الوطنية نحو توفير الصحة للجميع: إرشادات لرسم السياسات، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٧م. الصفحات ١٢-٢٢.

٢٣- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م/١٤٢٨هـ. الصفحات ٥٩-٦٩.

٢٤- هاسلر، جون، وفراي، جون، على مشارف عام ٢٠٠٠، في: الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠، تعريب السباعي، زهير وبلال، سيف الدين، دلمون للنشر، نيقوسيا، قبرص، ١٩٩٠م. الصفحات ٣٨٣-٣٨٤.

٢٥- وزارة الصحة والسكان، دراسة العوامل المؤثرة على الأداء الإداري لمديري الإدارات الصحية، الإدارة العامة لصحة الأم والطفل، وزارة الصحة والسكان، القاهرة، جمهورية مصر العربية، أغسطس ١٩٩٧م، ص ٧.

26- AL Mazrou, Yagob & AL Shehri, Sulieman and Rao, P. S. Manohar, Principles & Practice of Primary Health Care, op. cit., 199. PP. 23-28.

٢٧- تمام، حسني، إصلاح الرعاية الصحية الأولية كمرحلة أولى من الإصلاح الشامل، وزارة الصحة والسكان، مكتب الدعم الفني، برنامج إصلاح القطاع الصحي، القاهرة، جمهورية مصر العربية، يونيو ١٩٩٩م. الصفحات ٢-٣.

٢٨ آدي، لو آن، وبيجلي، تشارلز، وليرسون، دافيد، وسيلتر، كارل، تقويم نظام الرعاية الطبية: الفعالية والكفاءة والإنصاف، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٠هـ، ص ٥٢.

٢٩- المصدر السابق. الصفحات ١٠٧، ١٠٨.

٣٠- تمام، حسني، إصلاح الرعاية الصحية الأولية كمرحلة أولى من الإصلاح الشامل. مرجع سبق ذكره. الصفحات من ٥-٩.

٣١- خوجة، توفيق، ومحمود، فوزي شحاتة، دليل إجراءات تنظيم العمل في المراكز الصحية، الطبعة الثانية، وزارة الصحة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ذو الحجة ١٤٢٢هـ/ مارس ٢٠٠٢م. الصفحات ٩٩، ١٠٢، ١٥٤، ١٦٣، ١٩١.

32- AL Mazrou, Yagob & AL Shehri, Sulieman and Rao, P. S. Manohar, Principles & Practice of Primary Health Care, op. cit., 1990. PP. 185-186-219.

٣٣- ذياب، صلاح محمود، إدارة خدمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر: ناشرون وموزعون، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠١٠-١٤٣١. الصفحات ١٧٠-١٧٢.

34- World Health Organization, On Being on Charge: A guide for middle-level management in primary health care, W.H.O., Geneva, 1980. P. 66.

٣٥- المزروع، وآخرون، دليل العاملين في الرعاية الصحية الأولية، مرجع سبق ذكره. الصفحات ٥٤-٥٥.

٣٦- حمامي، وآخرون، صحة المجتمع، وزارة الصحة، الإدارة العامة لتنمية القوى البشرية، إدارة المدارس، دار نهر النيل، القاهرة، جمهورية مصر العربية. طبعة ١٩٩٤-١٩٩٥م. الصفحات ٢٠-٢٣.

٣٧- بينسون ج.، فراي ج.، الرعاية الصحية الأولية ... منظور إقليمي: المملكة المتحدة، في: الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠، مرجع سبق ذكره، ١٩٩٠م. الصفحات ٢٢٠، ٢٢٢.

٣٨- جيمان، جون، الرعاية الصحية الأولية ... منظور إقليمي: الولايات المتحدة الأمريكية، في: الرعاية الصحية الأولية عام ٢٠٠٠، مرجع سبق ذكره، ١٩٩٠م، الصفحات ٢٣٢، ٢٣٣.

٣٩- وزارة الصحة، معالم النهضة الصحية، تهامة للإعلان والعلاقات العامة والتسويق، الرياض، المملكة العربية السعودية، بدون تاريخ نشر.

٤٠- الخازندار، أحمد محمود، الخدمات الصحية على مستوى المحافظة والمستوى المحلي، الإسماعيلية، جمهورية مصر العربية، بدون ناشر، ١٩٨١.

٤١- خوجة، توفيق، ومحمود، فوزي شحاتة، دليل إجراءات تنظيم العمل في المراكز الصحية، ذو الحجة ١٤٢٢هـ/مارس ٢٠٠٢م، مرجع سبق ذكره، الصفحة ١٧.

الفصل الرابع
تنظيم المستشفيات

تمهيد:

تكتسب الوظيفة الإدارية لتنظيم المستشفيات أهمية كبيرة في عصرنا الحاضر، فهي الوظيفة الثانية لإدارة المستشفيات بعد وظيفة التخطيط، ولكنها لا تقل عنها في الأهمية. وتنظيم المستشفى ليس هدفاً في حد ذاته بل هو وسيلة لإحداث المناخ المناسب لتحقيق الأهداف التي تنشدها إدارة المستشفى. وبالتالي يصبح التنظيم ضرورة واعية وملحة لكل المستشفيات مهما كان حجمها أو تعقدها أو نوعية الخدمات التي تقوم بتقديمها، لأن المستشفى لا يستطيع تحقيق أهدافه مهما كانت موارده المادية وغير المادية ما لم يكن منظماً تنظيماً علمياً وسليماً.

وقد نشأت أهمية تنظيم المستشفيات مع ازدياد أهمية المستشفيات نفسها، وذلك بعد أن تعددت ألوان الرعاية التي تقدمها، وازداد دورها في المشاركة الإيجابية في عملية وقاية المجتمع من أهوال المرض، والتطور المستمر في العلوم التي ترتبط بخدمات المستشفيات كالإدارة والهندسة والطب والجراحة والفندقة وغيرها، ودرجة التعقد التقني المرتبط بهذه العلوم، ورغبة المجتمع والهيئات الطبية في تقديم رعاية طبية عالية الجودة، والتدخل الحكومي بصوره المختلفة لضمان مستوى هذه الرعاية من ناحية ودعم الخدمة الصحية من ناحية أخرى. وانعكس هذا التطور والتنوع على طبيعة عمل المستشفيات، وأدى إلى نتيجة مباشرة ظهرت في صورة تشعب التخصصات التي تحتاج إليها الخدمة الصحية في المستشفيات في المجالات الفنية وغير الفنية، مما جعل المستشفى في العصر الحالي منظمة معقدة من ناحية الأغراض والتخصصات والأقسام ونوعية العاملين وكفاءاتهم. وكل ذلك يستلزم فهماً واعياً لطبيعة التنظيم في المستشفيات وضرورته وتصميمه على أسس تستجيب لجميع تلك التغيرات والتطور المستمر في صناعة تقديم الخدمات الصحية.

مفهوم المستشفى Concept of Hospital:

لعله من المفيد تناول موضوع مفهوم المستشفى من زاوية اختلاف هذا المفهوم تبعاً لاختلاف الأطراف التي تتعامل مع المستشفى [1] باعتبارها منظمة لتقديم خدمات صحية يحتاج إليها أي مجتمع سواء على مستوى الأفراد أو على مستوى الجماعات.

إن عموم أفراد الناس ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة أو المكان الذي توفره الدولة من خلال المتخصصين الذين يتبعون الحكومة ذاتها، أو من تصرح لهم الحكومة بتقديم هذه الخدمة الصحية طبقاً للوائح والقوانين، وكذا هو في نظرهم مكان يلجؤون إليه لمداواتهم وتقديم العلاج والرعاية الطبية التخصصية عند شعورهم بالاحتياج لهذه الرعاية.

والحكومة تعتبر المستشفيات من المنظمات الخدمية التي يحتاج إليها المجتمع والمسؤولة عن تقديم الخدمة الطبية لأفراد المجتمع ضمن إطار الخدمات الاجتماعية التي تقدمها الدولة كالتزام تجاه المجتمع لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

وأفراد المهن الطبية كالأطباء والتمريض والفنيين وغيرهم ينظرون إلى المستشفى على أنه المكان الذي يقومون فيه بممارسة أعمالهم وإظهار مهاراتهم وخبراتهم التي تعلموها وتدربوا عليها من خلال المعاهد والكليات الطبية، وذلك لتحقيق ذاتهم وأداء رسالتهم الإنسانية تجاه المرضى.

والإداريون يعتبرون المستشفى منظمة خدمات معقدة متفاعلة مع المتغيرات المختلفة للبيئة المحيطة بها ومفتوحة عليها، ولها أهداف وواجبات ومسئوليات محددة يلزم تنفيذها بكفاءة وفاعلية.

والمستشفيات تمثل لطلاب الكليات والمعاهد الطبية أو الصحية مكاناً لا غنى عنه للتدريب والتعليم، واكتساب المعارف والمهارات والسلوكيات المتعلقة بمهنة الطب، ولإجراء البحوث والدراسات الميدانية.

ومصانع الأدوية ومنتجو الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية يرون المستشفيات سوقاً واسعاً يلزم تزويده بما ينتجونه من أدوية ومعدات وأجهزة ومستلزمات طبية بناءً على تعاقدات تجارية مسبقة، من أجل تحقيق الربح الذي ينشدونه.

ولذلك عندما نحاول إيجاد تعريف للمستشفى يجب أن نأخذ في الاعتبار وجهات النظر السابق الإشارة إليها وفي إطار التطور الذي حدث في وظائفه. فأقدم وأبسط تعريف للمستشفي كان ينص على أنه «مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم» [٢]، ولهذا فهو يختلف عن عيادة الحي أو المستوصف أو عيادة الطبيب من حيث إنه يحتوى في داخله على أسرة لإيواء المرضى. وهذا التعريف يدل على أن الوظيفة الأساسية للمستشفى هي علاج المرضى، وفي الوقت نفسه يقربه من وظيفة

الفندق، وخاصة أن إيواء المرضى يشمل تقديم الغذاء لهم. وهذا التعريف من ناحية قدمه جاء أيضاً متوافقاً لغوياً مع ما جاء في القواميس العربية، فكلمة مستشفى، ومادتها (ش ف ي) تعني «المكان الذي يطلب فيه الشفاء، أي البرء من العلة» [٣]. أما شولتز وجونسون فقد ذكرا في كتابهما «إدارة المستشفيات «أن كلمة مستشفى اشتقت في الأصل من كلمة لاتينية تعني «إكرام الضيف» [٤].

ومع اتساع نطاق مفهوم المستشفى في العصر الحاضر ليشمل إلى جانب الخدمات العلاجية كلاً من الخدمات الوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية والاجتماعية أصبح المستشفى يشبه في بعض الأمور المشروع التجاري (وخاصة في المستشفيات الخاصة)، من ناحية توافر الأنشطة الإدارية المترتبة على تقديم الرعاية الصحية (بغض النظر عن مسألة تحقيق الربح من عدمه) مثل وجود أقسام أو إدارات للشئون المالية، والأفراد، والعلاقات العامة، والتسويق، والشراء والتخزين، وغيرها. كما قد يتشابه المستشفى مع المصانع في أمور مثل وجود ورش للصيانة، والمغاسل المركزية، والتعقيم المركزي، ومحطات القوى الكهربائية (اللازمة لتشغيل جميع مرافق المستشفى والتي بدونها لا يمكن ضمان عمل المستشفى طيلة الوقت)، والمطابخ للعاملين والمرضى، مما يستدعي وجود معدات وتجهيزات كبيرة لا علاقة مباشرة لها بتقديم الرعاية الفنية للمرضى، ولكنها ضرورية للمستشفى الحديث، وتستدعي وجود عمالة غير طبية مدربة ومؤهلة لتشغيل وصيانة هذه المعدات كما هو الحال في المصانع.

ولذا تعرف الجمعية الأمريكية للمستشفيات المستشفى أنه «مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات دائمة تشمل أسرة التنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى» [٥]. أما منظمة الصحة العالمية فتعرف المستشفى بأنه «جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجياً ووقائياً، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، والمستشفى هو أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية بيولوجية» [٦].

ومما سبق يتضح بجلاء أن المستشفى يمكن النظر إليه باعتباره منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الخدمات العلاجية والوقائية والتأهيلية، وكذلك الوظائف التدريبية والعلمية والبحثية بهدف الإسهام في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على مستوى الدولة.

خصائص المستشفى Criteria of Hospital:

هناك عدد من الخصائص التي تميز المستشفى عن غيره من المنظمات الاجتماعية، والتي تنعكس على أداء وفاعلية المستشفى بصفة عامة، والتي يمكن تلخيص أهمها فيما يلي [٧]:

١- **تعدد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وتعقدها:** وفي ذلك يرى أحد خبراء الإدارة أن المستشفيات تعتبر أكثر المنظمات الحديثة تعقيداً [٨].

٢- **تعدد الفئات العاملة بالمستشفى:** فهناك الأطباء (بجميع تخصصاتهم المختلفة، ودرجاتهم العلمية المتعددة)، والإداريون، وأعضاء هيئة التمريض، والمساعدون الفنيون وغير الفنيين ... إلخ. وفي هذه الحالة يلزم تنظيم وتنسيق الأدوار حتى يهتم كل فرد بأداء وظيفته ضمن منظومة عمل واحدة.

٣- **ازدواج خطوط السلطة:** تتميز المستشفيات إلى جانب تعدد الفئات وتعدد الوظائف الفنية وغير الفنية بازدواج خطوط السلطة، متمثلاً في خط الجهاز الإداري البيروقراطي إلى جانب خط الجهاز الطبي المهني.

٤- **صعوبة التنبؤ بحجم العمل:** وذلك نظراً لصعوبة التنبؤ بحالات المرض أو الإصابات التي ستستقبلها أقسام المستشفى، ولذلك يجب أن يتم التخطيط داخل المستشفى على أن يكون جاهزاً للعمل بكفاءة بصفة مستمرة لاستقبال الحالات الطارئة وغير الطارئة التي تفد إليه.

٥- **صعوبة تقييم نشاط المستشفى:** يصعب قياس نشاط ومخرجات المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية على سبيل المثال، نظراً لأن أطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ومعاونوهم (جميع الفئات الأخرى العاملة بالمستشفى) بالإضافة إلى مستهلك الخدمة، هذا بجانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة.

٦- **خصوصية طبيعة العمل بالمستشفى:** يمتاز العمل داخل المستشفى - أو هكذا يجب أن يكون - بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، حيث إن الأمر يتعلق بحياة الإنسان، وبالتالي لا يقبل أن تكون هناك أخطاء تجاه صحة مستهلكي خدمات المستشفى، فأي خطأ قد تكون نتيجته فقدان حياة المريض أو عجزه التام أو تأخر شفائه.

٧- **صعوبة تطبيق اللوائح والقوانين:** تعدد الفئات العاملة في المستشفى، وتنوع

وظائفهم يؤدي في الغالب إلى صعوبة تطبيق اللوائح والقوانين. وهذا قد يرجع في الأساس إلى عدم توصيف الوظائف توصيفاً دقيقاً، مما يؤدي إلى وجود نوع من التداخل في الاختصاصات والواجبات. بالإضافة إلى صعوبة تنفيذ التعليمات التي يصدرها مدير المستشفى على كبار الأطباء الأخصائيين لتنامي نزعة الاستقلالية المهنية لديهم.

٨- **التنظيمات غير الرسمية:** وجود التنظيمات غير الرسمية التي تسير في اتجاه مضاد لاتجاه إدارة المستشفى يكون أكثر خطورة في حالة تكونها في المهن الطبية عنها في المهن غير الطبية [٩].

هذه الخصائص تلقي بعبئها على الجهاز الإداري لضرورة وجود عناصر التنسيق والتعاون والعمل بروح الفريق لتحقيق هدف المستشفى والمتمثل في تقديم أقصى رعاية صحية ممكنة لمستهلكي خدمات المستشفى. ولا يمكن تحقيق هذا التنسيق والتعاون بين العاملين بالمستشفى إلا من خلال تصميم التنظيم المناسب والذي يساعد على تحقيق ما يهدف إليه المستشفى.

تصنيف المستشفيات Classification of Hospitals:

تتعدد الآراء بشأن تصنيف المستشفيات وفقاً لمعايير التصنيف المستخدمة، إلا أنها تكاد تتفق جميعاً في المحتوى العام لأنواع المستشفيات. فتتعدد أساليب تقسيم المستشفيات وذلك وفقاً لمعايير التصنيف المستخدمة وأهمها: الملكية، ونوعية الخدمة، وتوافر مقومات التعليم، ومنطقة تواجد المستشفى جغرافياً، والهدف، ويمكن تقسيم المستشفيات بناء على هذه العوامل إلى التالي [١٠]، [١١]، [١٢]:

أولاً - من حيث الملكية Ownership:

١- **المستشفى الحكومي:** وهو المستشفى الذي تمتلكه جهة حكومية، قد تكون وزارة مثل وزارة الصحة أو وزارة الدفاع أو وزارة الداخلية أو الجامعات أو المستشفيات التابعة لشركات أو مؤسسات حكومية، أو غيرها من الجهات الحكومية. وهذا النوع من المستشفيات يطبق الأنظمة الحكومية في تنظيماتها ولوائحها المالية والإدارية والإجرائية، وإن كان تشغيل بعض هذه المستشفيات يدار عن طريق شركات خاصة، ويدار هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة ولا يستهدف تحقيق الربح.

٢- **المستشفى الخاص:** وهو المستشفى الذي يملكه شخص أو مجموعة من الأشخاص أو شـــركة أهلية، ويستهدف تحقيق الربح، ويدار وفق أساليب إدارة الأعمال. كما يندرج تحت هذه الفئة المستشـفى الخيري الذي تملكه إحدى المؤسسات الخيرية، والذي يدار وفق أساليب إدارة الأعمال إلا أنه لا يستهدف الربح.

ثانياً - من حيث نوعية الخدمة Services Quality:

١- **المستشـفى العـام:** وهـو المستشـفى الذي يضـم تخصصات طبيـة متعددة مثل: الأمراض الباطنية، الجراحة العامة، أمراض النســاء والتوليد، أمراض الأطفال، الأمراض الجلدية والتناسـلية، أمراض الأنف والأذن والحنجرة، أمراض العظام، أمراض العيون ... إلخ.

٢- **المستشفى التخصصي:** وهو المستشفى المتخصص في علاج نوع معين من الأمراض، كأمراض العظام، أو الأمراض السرطانية، أو الأمراض النفسية، أو أمراض العيون، أو أمراض النســاء والتوليد. أو هو المستشفى المتخصص في علاج فئة معينة في المجتمع مثل النساء أو الأطفال. أو المستشفى المتخصص في علاج جزء معين من أمراض فئة معينة من المجتمع مثل شلل الأطفال أو سرطان الأطفال.

ثالثاً - من حيث الهدف Goals/Objectives:

١- **المستشـفى الذي لا يهدف للربح:** وهو المستشــفى الذي لا يســتهدف الربح مثل المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخيرية. وهدف هذه المستشفيات هو تقديم خدمـــات اجتماعية عامة، وعلـى الرغم من أن بعض هذه المستشــفيات لا تقدم خدماتها مجانــاً إلا أنها لا تهدف لتحقيق الربح، فإذا تحقق فائض من الإيرادات فيتــم تخصيصه للأعمال المتعلقة بتطوير وتحســين التشــغيل ولا يتم توزيع هذا الفائض على أحد كما هو الحال في المستشفيات التي تهدف للربح.

٢- **المستشـفى الذي يسـتهدف الربح:** وهـو مستشــفي يســتهدف الربح المادي، مثل المستشفيات الخاصة أو الاستثمارية.

رابعاً - من حيث المنطقة الجغرافية Geographical Distribution:

- **المستشـفى العام:** وهو المستشــفى الذي يخدم منطقة كبيرة كمحافظة أو مقاطعة، وتوجد به جميع التخصصات الطبية العامة كالأمراض الباطنية والجراحة والنســاء والتوليد والأطفال، وعادة ما يختار له مكانٌ إستراتيجيٌ ليتمكن من خلاله من تقديم الخدمة بسهولة ويسر.

- المستشفى المركزي: ويخدم تجمعات سكنية متوسطة تسكن عادة في ضواحي المدن، وهو عبارة عن مستشفى متوسط من حيث عدد الأسرة، ويشتمل على التخصصات الأساسية العامة كالأمراض الباطنية والجراحة العامة ولأمراض النساء والتوليد وأمراض الأطفال.
- المستشفى المحلي: ويقدم خدماته لتجمعات سكانية قليلة العدد نسبياً، وهو مستشفى صغير من حيث عدد الأسرة (لا تتجاوز سعته عادة ١٠٠ سرير)، ويتوافر به حسب الحاجة التخصصات الطبية العامة.

خامساً - من حيث توافر مقومات التعليم Education Requirements:

- **مستشفي تعليمي كامل:** وتتوافر به جميع إمكانيات ووسائل التعليم الطبي.
- **مستشفي تعليمي جزئي:** وهو المستشفى الذي تتوافر فيه جزئياً إمكانيات ووسائل التعليم الطبي.
- **مستشفى غير تعليمي:** وهو الذي لا تتوافر فيه أي إمكانيات بشرية أو تجهيزات ووسائل للتعليم الطبي.

سادساً - من حيث السعة السريرية Beds Capacity:

وتصنف المستشفيات أيضاً بحسب عدد الأسرة التي تحتويها لأغراض العلاج والإقامة فيها، ويكون التصنيف على شكل فئات (مستشفيات صغيرة ومتوسطة وكبيرة) تعتمد في تحديدها على عدد الأسرة. فالمستشفى الذي يحتوي على أقل من ٥٠ سريراً على سبيل المثال يعد مستشفى صغيراً، في حين أن المستشفى الذي يحتوي على أكثر من ٥٠٠ سرير يعد مستشفى كبير السعة. ويختلف تحديد عدد الأسرة لتصنيف المستشفى إلى كبير ومتوسط وصغير من دولة لأخرى حسب التصنيف المعتمد لديها.

سابعاً - من حيث جودة الخدمات المقدمة Quality of Services:

١- المستشفيات المعتمدة: وهي تلك المستشفيات التي تحصل على اعتراف من هيئات علمية استشارية تخصصية أو ما يعرف بجهات الترخيص (سواء كانت مؤسسات محلية أو دولية) وفقاً لمعايير محددة موضوعة سلفاً. واعتماد المستشفى أو الاعتراف به من قبل هذه الهيئات المتخصصة يدل على مستوى مرتفع من جودة الأداء في الخدمات الصحية المقدمة من المستشفى.

٢- المستشفيات غير المعتمدة: وهي المستشفيات التي لا تحقق الشروط والضوابط التي تضعها هيئات الاعتماد المختصة بتقويم أداء المستشفيات، وبالتالي لا يتم اعتمادها من قبل هذه الهيئات.

وظائف المستشفى Hospital Functions:

نتيجة لتعدد أنواع وتصنيفات المستشفيات، تعددت أيضاً الأهداف التي تسعى لتحقيقها، وهذا يؤدي إلى اختلاف في الوظائف التي تمارسها المستشفيات باختلاف تصنيفها وأنواعها. وقد تطورت المستشفيات في العصر الحديث تطوراً تاريخياً بالنسبة لدورها ووظائفها وأهدافها، إلا أن الدراسات والبحوث في هذا المجال تؤكد وجود عدد من الوظائف الأساسية للمستشفيات. فيجب على أي مستشفى القيام بمجموعة من الوظائف الحيوية تلائم كونه منظمة اجتماعية هادفة، وأداء هذه الوظائف بفاعلية وكفاءة بغرض تحقيق الأهداف المرجوة من المستشفى. وأهم هذه الأهداف – كما جاء بإحدى الدراسات الميدانية – يمكن أن يتحدد في التالي [١٣]: تقديم الخدمات الوقائية والعلاجية، نشر الوعي الصحي، الاهتمام بالصحة العامة، مكافحة تلوث وأمراض البيئة، تدريب العاملين، تطوير الخدمات، واستخدام أحدث الأجهزة والمعدات الطبية.

وينبع من هذه الأهداف أهم الوظائف التي يقوم بها المستشفى في وقتنا الراهن، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي [١٤]:

- الوظيفة العلاجية Curative Function: وهذه الوظيفة هي أساس وجود المستشفى، وتشمل كل ما يتعلق بالرعاية الطبية للمرضى والمصابين، وسواء تم ذلك في الأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية أو أقسام الطوارئ بالمستشفى. وتشمل هذه الوظيفة: الخدمات التشخيصية (التشخيص الإكلينيكي، التشخيص الشعاعي، التشخيص المختبري، التشخيص التخطيطي)، والخدمات العلاجية (العلاج الجراحي، العلاج الطبيعي، العلاج التأهيلي، العلاج بالمواد المشعة)، والخدمات المساعدة (خدمات شئون المرضى، خدمات التمريض، خدمات المختبرات، خدمات الأشعة، والتخدير، والصيدلة، والتعقيم المركزي)، والخدمات العامة (كالصيانة والمغسلة والتغذية والفندقة وغيرها).

وتؤدي العيادات الخارجية حالياً دوراً فعالاً في مجال تقديم الخدمة العلاجية للمترددين على المستشفيات أو تقديم هذه الخدمة للمرضى في منازلهم. كما تفيد

العيـــادات الخارجية في مجال تدريب الأطباء وهيئة التمريض، وتســهم في خفض تكلفة العلاج بالمستشفى حيث تعتبر حاجزاً يخفف العبء عن أسرة المستشفى. هذا بالإضافـة إلى دورها في تقوية الاتصال والروابط بين المستشـفى والمجتمع المحيط به.

- **الوظيفة الوقائية Preventive Function**: وهي وظيفة أساسية ومهمة للمستشفى فـي الوقت الراهـن، حيث تحقق التطـور الذي تم في دور المستشـفيات من حيث ازدواجيـة دورها تجاه المجتمع بضرورة العمل على الوقاية من الأمراض وليس فقط علاجها بعد ظهورها. وتتم هذه الوظيفة من خلال إسهام المستشفى في الوقاية من الأمراض ومنع انتشـار العدوى، والتبليغ عن الحـالات المعدية، والتعاون مع الهيئات العاملة في ميدان الصحة العامة. كما يسهم المستشفى في تثقيف الجمهور صحياً وتوعيته لاكتشاف الأمراض مبكراً وطرق الوقاية منها.
- **الوظيفـة التعليميـة والتدريبية Educational and Training Function**: حيث يمثل المستشـفى المـكان الطبيعي والملائم لتعليم وتدريب الفئـات الطبية والإدارية، إذ إنـه يمتلك الإمكانـات التعليمية والتدريبية بدرجة أو بأخـرى متمثلة في الموارد البشـرية والمادية التي توجد فيه، إذ تعد مجال أو مدرسة الخبرة العملية في نواحي التدريب والتعليم والطبي.
- **الوظيفـة البحثية Research Function**: تعتبر المستشـفى مجالاً خصباً لإجراء البحوث والدراسـات الطبية في مختلـف المجالات المتعلقة بالصحـة نظراً لتوافر مقومات عمل الدراسـات التطبيقيـة في هذا المجال من قوى بشـرية متخصصة، ومختبرات ووحدات تشـخيصية، ونظام للسـجلات الطبيـة والتقارير الإحصائية. ويجب إعطاء هذه الوظيفة اهتماماً أكبر في مجال البحوث التطبيقية أو الحقلية لما لها من أثر فعال في حياة الناس.
- **الوظيفـة التأهيليـة Rehabilitation Function**: حيـث تخصص المستشـفيات الكبيرة وخاصة العسكرية منها قسـماً خاصاً للعلاج الطبيعي والأجهزة التعويضية لتأهيل المرضى على اسـترجاع ومزاولة نشاطاتهم الأصلية، أو تدريبهم على أعمال جديدة تتناسب وحالاتهم المرضية.
- **الوظيفة الاجتماعية Social Function**: تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسـة استجابات المريض إزاء مشـاكله المرضيـة. وتتضمـن الوظيفة الاجتماعية تقـديم مختلف الخدمات

الاجتماعيـــة للمرضى داخل المستشـــفى وخارجـــه، مع توفير الفرص التي تســمح للمريض بالانتفاع بالخدمات الطبية بطريقة فعالة. والخدمة الاجتماعية لمستشفى تتكامـــل مع الجوانب الأخرى للخدمة الطبية باعتبـــار المريض وحدة لا تتجزأ. فلا يجب أن يقتصر دور المستشـــفى على العلاج فقط، بل يمتد لفهم العوامل النفســية والمعنوية التي يعانيها المريض ســـواء قبل حدوث المرض أو بعده، ويمتد أيضاً ليشمل العوامل البيئية والأســرية التي تحيط بالمريض، وذلك لمساعدته على الشفاء الكامل وبأسرع ما يمكن.

والسؤال الذي يتبادر للذهن بعد معرفة الوظائف المتعددة للمستشفى، وفهم أن تعدد هذه الوظائف يستلزم وجود عدد كبير من الوظائف المختلفة في التخصص والمؤهلات والخبـرة والتوجه، هو كيف يمكـن تنظيم كل هذه الوظائف والأفـراد الذين يقومون بها فـي منظمة معقدة ومركبة ولهـا خصائص مميزة تجعلهـا تختلف عن المنظمات الأخرى؟.

العوامل التي تؤثر على تنظيم المستشفيات:

هنـاك عدد مـن العوامل المهمة التي تؤثـر على إعداد البناء التنظيمي المناسب للمستشفى، ويمكن تحديدها فيما يلي [١٥]:

١- حجم المستشفى Size:

يمكـن النظر إلى بعض المؤشـرات التـي توضح اختلاف حجم مستشـفى ما عن المستشـفيات الأخرى مثل: عدد الأسـرة المتاحـة بها، وعدد العامليـن فيها، وتعدد أقسـامها الفنية، وقيمة أصولها الثابتة من أراضٍ ومبـانٍ وأجهزة ومعدات، والأصول المتداولة والتي تشمل حسـابات المرضى والمخزون السلعي من أدوية وتغذية ومهمات، بالإضافة إلى عدد المرضى وعدد أيام العلاج والمصروفات والإيرادات، وغيرها.

ومـن الواضح أنه كلما كبر حجم المستشـفى زاد حجم التنظيـم الإداري المطلوب وتركيبه، والعكس صحيح.

٢- مدى التعقيد في أعمال المستشفى Complexity:

زيادة نطاق الأنشطة المختلفة في المستشفى وتخصصها يؤثر على التنظيم الإداري بالمستشـفى، فكلما تشعبت الأنشـطة كلما زاد حجم التنظيم الإداري. ودرجة تعقيد المستشـفى تقاس في الأساس بعدد الأقسام المتاحة بها، ونطاق أو تخصص الخدمات

التــي تقدمها، وعــدد العاملين ذوي الخبرة والمهارة بها، وعــدد المرضى الذين يتلقون الرعايــة الصحية بها، وعدد الأجهزة والوحدات الخاصة بها (وحدة الغســيل الكلوي، العناية المركزة، وحدة الأطفال المبتسرين، وحدة الحروق، وغيرها).

٣- الموارد البشرية العاملة بالمستشفى Human Resources:

العنصر البشري في أي مستشفى يعد عاملاً مؤثراً ومهماً في التنظيم الإداري بها، وخاصة فيما يتعلق بالمقدرة الإدارية اللازمة للإشراف على هذه الموارد البشرية. فكلما زاد عــدد الأفراد العاملين بالمستشــفى، وتعددت مهاراتهــم ومؤهلاتهم، أدى ذلك إلى زيــادة الوظائف المخصصة لهم، وكبر بالتالي حجم التنظيم. ويحدث العكس إذا ندرت المهارات التخصصية التي تحتاج إليها أنشطة المستشفى وقل عدد العاملين بها.

٤- تطبيق سياسة المركزية أو اللامركزية Centralization/ Decentralization:

تعد سياسة النزوع للمركزية أو اللامركزية من التعبيرات التنظيمية المتعلقة بمسألة تفويض السلطة والمرتبطة بالتنظيم الإداري. حيث يعكس مفهوم تركيز السلطة مفهوم المركزية، في حين يدل توزيع الســلطة على تطبيق مبدأ اللامركزية والتي تعتبر طابعاً أساســياً لتفويض السلطة. وتوجد كل من المركزية واللامركزية في أي تنظيم بدرجة نسبية تحدد المدى الموجود في التنظيم نحو تفويض السلطة.

عملية التنظيم في المستشفيات:

يتضح مما تم مناقشــته في الفصول السابقة أن عملية التنظيم تشمل في الأساس التحديــد الواضح للهدف من المستشــفى ويتضمن ذلك: مجال العمــل، والوظائف، الأولويات. فعلى ســبيل المثال هل سيركز المستشــفى في نطاق خدماته على الرعاية العاجلة للمرضى المنومين في أقســامه الداخلية؟، أو سيعمل على التركيز على تقديم الرعاية الصحية الشــاملة التي تشــمل الرعاية المقدمة بالعيادات الخارجية، أو حتى الرعاية المنزلية؟، وهل سيتم مد خدمات المستشفى إلى وحدات لا مركزية في مناطق تحتاج للخدمات؟، أو هل سيقدم المستشفى خدمات علاجية ووقائية من خلال وحدات طبية متنقلة؟.

إن عملية بناء التركيب التنظيمي المناســب للمستشــفى يعتمد اعتماداً كبيراً على تحديد الغرض من المستشفى؛ فإن التنظيم ما هو إلا وسيلة لتحقيق أهداف المستشفى كما أشرنا من قبل، وبالتالي يمكن التفكير في عملية التصميم التنظيمي مع الأخذ في

الاعتبار درجة اللامركزية المناسبة، ودرجة التخصص المنشودة؛ لأنها ستحدد نوعية المؤهلات والمهنية للأفراد الذين يحتاج إليهم التركيب التنظيمي. وعملية التنظيم – ضمن العملية الإدارية ككل – تجيب عن عدد من الأسئلة المهمة التي تحدد إجاباتها كيف يمكن تطبيق مبدأ «تقسيم العمل»، ونمط وتحديد الأقسام الفنية والإدارية، واختيار عمل الخريطة التنظيمية المناسبة، وتحديد التوصيف الوظيفي للأفراد، وتحديد العلاقات الأفقية والرأسية وانسياب العمل بين الأقسام، والتغييرات الإيجابية المطلوبة في البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى.

والعلاقات التنظيمية داخل التنظيم الرسمي للمستشفيات محددة ومقننة بدرجة عالية في إطار تحديد السلطات والمسئوليات. وينتج عن ذلك شكلٌ هرمي يعكس ترتيب الأفراد ضمن تقسيم يشمل رؤساء ومرؤوسين، ومن يملك السلطة، وسلم الترتيب الوظيفي (شكل رقم ٤-١).

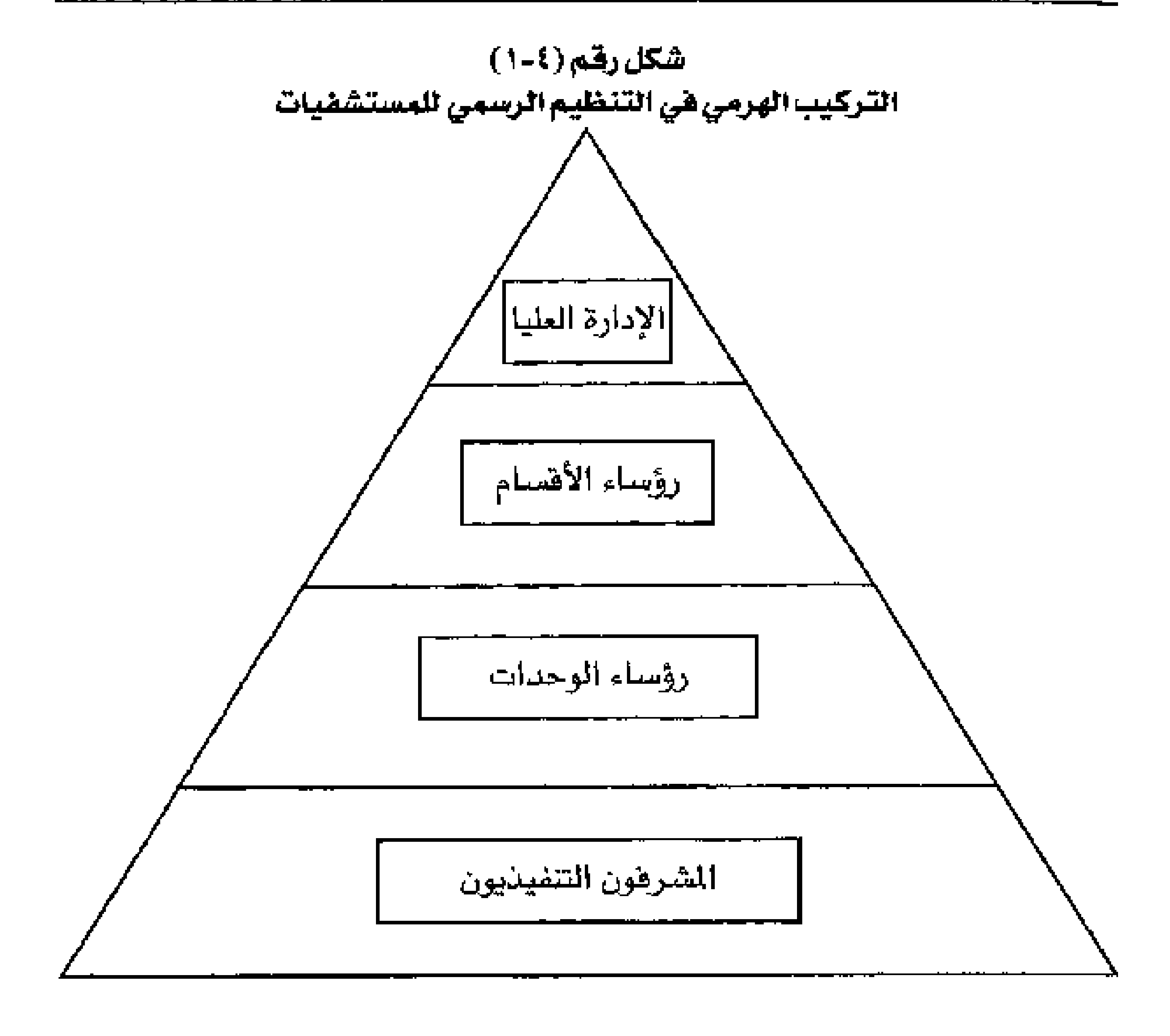
ويظهر من هذا الشكل مسار السلطة والمسئولية الذي يحدد سلسلة الأوامر من الأعلى للأسفل، وبالتالي يظهر أيضاً من الشكل سيادة مبدأ «وحدة الأمر»، أي أن كل فرد في التنظيم يتلقى أوامره من ومسئول أمام فرد واحد.

ومما سبق الإشارة إليه يمكن تلخيص عملية تنظيم المستشفيات في خطوات أساسية كما يلي:

- تحديد الغرض من المستشفى.
- مراجعة ظروف البيئة التنظيمية للمستشفى.
- تحديد التركيب التنظيمي المناسب لتحقيق أهداف المستشفى (التركيب المناسب هو التركيب الذي يحدد بدقة درجة المركزية أو اللامركزية، والأساس الذي تم بناءً عليه تقسيم الأقسام، ومدى استخدام اللجان في تنظيم المستشفى، وخط العلاقات التنظيمية).
- عمل الخريطة التنظيمية للمستشفى، والتوصيف الوظيفي للوظائف، واللوائح المنظمة الأخرى.

وسوف نتعرض لهذه الخطوات بتفصيل أكبر على النحو التالي:

شكل رقم (٤-١)
التركيب الهرمي في التنظيم الرسمي للمستشفيات



أولاً - الغرض من المستشفى و«رسالة» المستشفى Hospital Vision/Mission:

تطور علم إدارة المستشفيات تطوراً كبيراً من ناحية النظر إلى المستشفى كمنظمة حيــة ومهمة في المجتمع ولم تعد مجرد مكان لإيـواء المرضى، ومن أهم معالم التطور في علم إدارة المستشفيات الفكر الذي يعتبر المستشفى كياناً أو منظمة «هادفة»، أي أن لها رسالة أو غرضاً محدداً، وأن هذه الرسالة يجب أن تكون معروفة، ومتفقاً عليها، وأن تستخدم في توجيه وظائف الإدارة كلها نحو تحقيق هذا الرسالة. وأول سمات رسالة المستشفى هي أنه من الضروري أن تكون واضحة ومفهومة من الجميع وخاصة من قبل العاملين بالمستشفى، ومكتوبة بحيث يمكن تقييمها والحكم عليها وتداولها، وبحيث يسهل مشاركة جميع أفراد المستشفى في العمل على تحقيقها. ولذلك تكتب

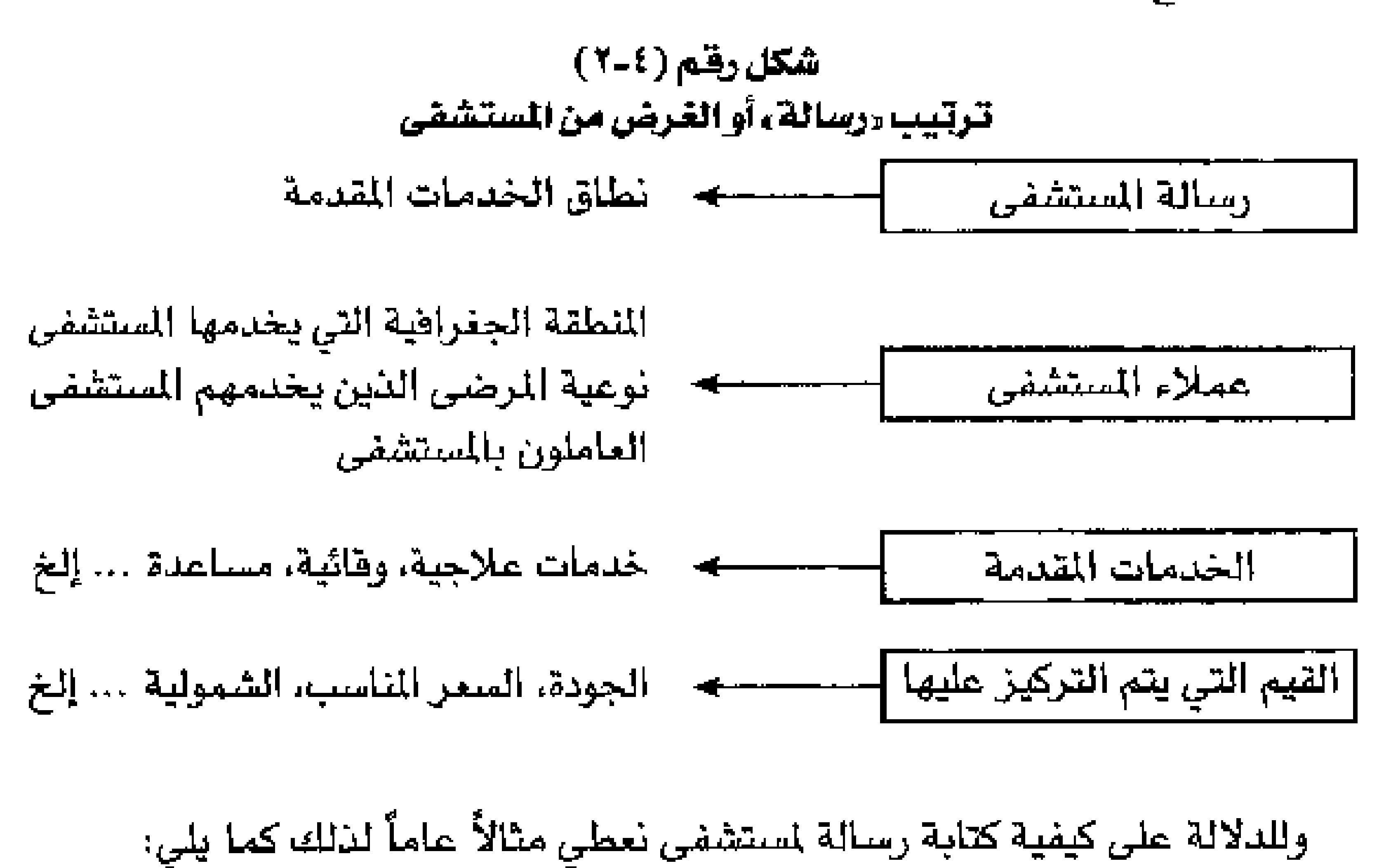
المستشفيات «الرسالة» بطريقة مختصرة وواضحة بحيث تحدد فيها: ما هو تركيز عمل المستشفى؟، ومن هم عملاؤها المستهدفون؟، ولماذا ترغب المستشفى في تقديم خدماتها لهؤلاء العملاء؟. والشكل رقم (٤-٢) يوضح ترتيب طبيعة رسالة أو الغرض من المستشفى [١٦].

وبمجرد الاتفاق على رسالة المستشفى يتم بعد ذلك استخدامها في تحديد غايات وأهداف المستشفى. وهي ترتيب آخر من العبارات القصيرة والمحددة التي تحدد أو يفهم منها أولويات المستشفى، وتخصيص الموارد لبرامج صحية أو خدمات معينة، وتحدد كيف يمكن مواجهة الفرص المحتملة أو غير المتوقعة.

وتجدر الإشارة إلى أن رسالة المستشفى المكتوبة يتم مراجعتها من قبل الإدارة العليا له على الأقل كل ٣ سنوات، ولا يتم تغييرها إلا إذا حدثت تغيرات جذرية في المستشفى أو بيئتها. ولذلك يعد تقييم وتحليل بيئة المستشفى جزءاً ضرورياً من عملية الإدارة الفعالة، والتي تتضمن معرفة متى يتم مراجعة رسالة المستشفى؟، ولماذا تتم المراجعة؟. في حين يتم مراجعة غايات المستشفى سنوياً، وبغرض إما وضع غايات جديدة، أو ضبط وتنقيح الغايات الموضوعة من قبل.

شكل رقم (٤-٢)

ترتيب «رسالة» أو الغرض من المستشفى

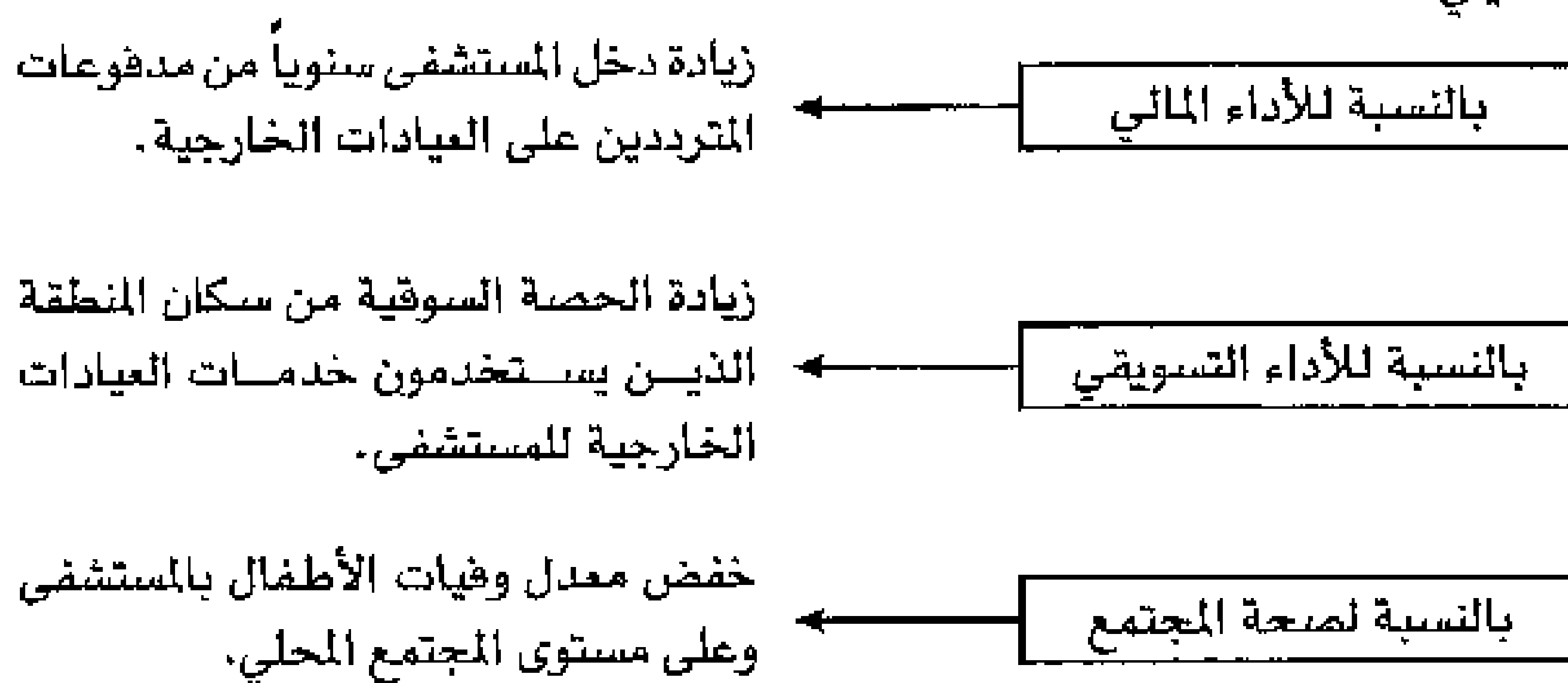


وللدلالة على كيفية كتابة رسالة لمستشفى نعطي مثالاً عاماً لذلك كما يلي:

رسالة المستشفى:

تركز الرسالة الأساسية للمستشفى على تطوير المستشفى في اتجاه اعتباره مستشفى عاماً يخدم المجتمع ولا يهدف للربح، ويقدم العاملين فيه مجموعة من الخدمات الصحية عالية الجودة لأفراد المنطقة والمجتمعات المحيطة بها. وتشمل الخدمات المقدمة: التثقيف الصحي، وخدمات تعزيز الصحة، والخدمات التشخيصية، والعلاجية، والتأهيلية. ويضم المستشفى العديد من الأقسام والوحدات التي تقدم التسهيلات والخدمات التي تعمل على تطوير الرعاية الصحية المتاحة للمجتمع المحلي، ويفكر اقتصادي يضمن تقديم هذه الخدمات بأقل سعر ممكن.

وتركز غايات المستشفى على المنطقة التي يخدمها المستشفى، أو الخدمات المقدمة، أو العملاء الذين يستخدمون خدماتها. ويجب أن تكون هذه الغايات محددة، وواقعية، وبالتالي يكون من الممكن تحقيقها. وعلى سبيل المثال يمكن أن تكون غايات المستشفى كما يلي:



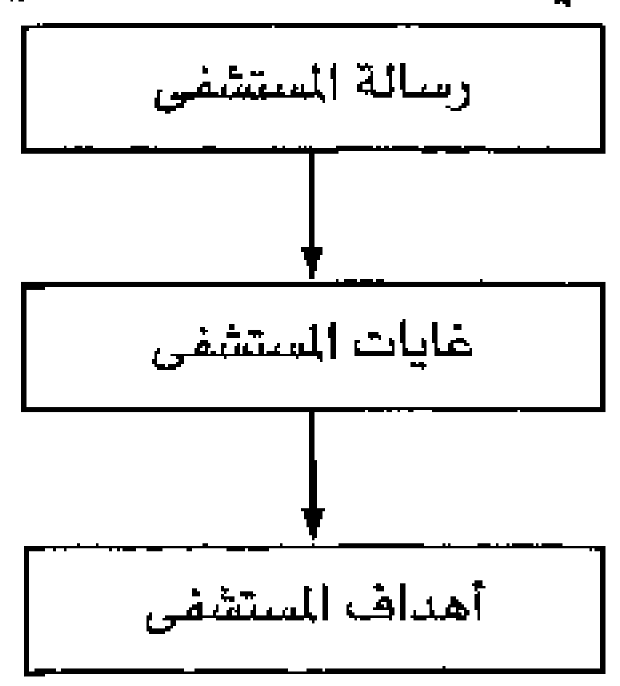
ومن غايات المستشفى يمكن تحديد أهداف معينة للمستشفى، والتي تختلف عن الغايات في ضرورة تميزها بإمكانية قياسها، وارتباطها بزمن محدد، وبمسئول عن تحقيقها، وببرنامج أو خدمة معينة يلزم تحقيقها. فعلى سبيل المثال يمكن من الغايات التي تم ذكرها سابقاً لمستشفى ما أن يُستخلَص منها عددٌ من الأهداف التي تتمتع بالخصائص المحددة التي تميز الأهداف عن الغايات، كما هو الحال في الأهداف التالية:

بالنسبة للأداء المالي ←	التعاقد مع ٣ شركات أعمال في المجتمع المحلي في خلال ٦ شهور لعمل الفحص الطبي الشامل والتحاليل الطبية اللازمة قبل استلام العمل بهذه الشركات.
بالنسبة للأداء التسويقي ←	تقديم برامج تثقيف صحي شهرياً لمجموعات من لنساء عن أمراض الأطفال، وأهمية الكشف المبكر عنها، ودور المستشفى في مثل هذه الخدمات.
بالنسبة لصحة المجتمع ←	تصميم برنامج عن طريق أطباء التوليد والممرضات للكشف عن السيدات ذوات الحمل الخطر، وتقديم برنامج علاجي وتثقيفي للرعاية أثناء الحمل لهؤلاء السيدات، مع توقع تقديم هذه الخدمات لكافة السيدات المترددات على العيادات خلال العام القادم.

ومن الرسالة إلى الغايات والأهداف يمكن لإدارة المستشفى اختيار البرامج التي تترجم لأنشطة صحية يقوم بها المستشفى، ويخصص لها الموارد حسب الأولويات الموضوعية التي تحددها الأهداف. وكل هدف معين للمستشفى تحدد الإدارة له برنامج أو أكثر لتنفيذه وبنجاح البرنامج أو البرامج يتحقق الهدف المنشود، وهذه العملية تستلزم وضع «خطط عمل» توضح كيف سيتم إعداد البرنامج المختار لتحقيق الهدف. وترتبط خطة العمل اللازمة بإطار زمني محدد، ويشخص مسئول في الجهاز الإداري للمستشفى عن تنفيذ كل عنصر من عناصر خطة العمل. ويتم بعد ذلك تجميع خطط العمل للأهداف كلها في خطة واحدة تسمى «الخطة الإدارية السنوية»، والتي يلزمها في الخطوة التالية تخصيص الموارد ووضعها في صورة «ميزانية» للمستشفى.

ومما سبق مناقشته يمكن تصور الترتيب التنازلي لعلاقة رسالة المستشفى بالغايات والأهداف كما هو موضح بالشكل التالي (شكل رقم ٤-٢):

شكل رقم (٤-٣)
الترتيب التنازلي لعلاقة رسالة المستشفى بغاياتها وأهدافها



ثانياً - دراسة أو إدارة البيئة التنظيمية للمستشفى Environment:

تعد المستشفيات من المنظمات المفتوحة على المجتمع، بمعنى أنها تؤثر وتتأثر بالمتغيرات التي تحدث في البيئة التي توجد وتمارس عملها فيها، سواء كان ذلك داخل إطار البيئة العامة (الكلية)، أو البيئة المحددة (بيئة النشاط) للمستشفيات كما تم الإشارة إلى ذلك من قبل. فالمستشفيات تعمل ضمن شبكة من المنظمات المجتمعية في مجالات مختلفة سياسية واقتصادية وثقافية واجتماعية، بالإضافة إلى ما تمتلكه بيئة المستشفى من موارد طبيعية وبشرية، ومتغيرات متعددة. بمعنى أن بيئة المستشفى تتميز بالتغير والتعقد والتشابك والديناميكية والتنوع، وتفرض قيوداً متعددة على عمل المستشفى في أمور كثيرة مثل تحديد الأهداف، وحدود التغيير، وثقافة المنظمة، وتدفق المعلومات، ونوعية العاملين، وجودة الخدمة ... وغيرها، وتفرض درجة من عدم التأكد البيئي تلقي بظلالها على جميع عمليات الإدارة ومن ضمنها التنظيم.

وترتبط المستشفى ببيئتها من خلال أنها مصدر الموارد البشرية وغير البشرية التي تحتاج إليها لأداء عملها، وفي الوقت نفسه تعتبر أيضاً السوق التي تحتاج إليها لتقديم خدماتها للمواطنين الذين يعيشون في تلك البيئة. وتقوم إدارة المستشفى الناجحة باستمرار برصد واستشعار وتوقع العوامل البيئية والتعامل معها، من خلال الإستراتيجيات المعروفة للتعامل مع البيئة كالانسحاب (عزل المستشفى عن البيئة مؤقتاً مثل محاولة تكديس الإمدادات)، والنفاذ الانتقائي (تنظيم روابط مع أجزاء

أساسية في بيئة النشاط، وإغفال باقي جوانب النشاط)، والتكيف (التغيير المستمر من أجل التكيف مع الظروف البيئية، وهذا ضد الاستقرار)، والتكيف – الفعل (تحول المستشفى إلى عامل تغيير في البيئة وليس فقط تلقي المؤثرات البيئية) (١٧).

وعامل عدم التأكد البيئي له تأثير كبير على قرارات إدارة المستشفى وخاصة فيما يتعلق بهيكلية المستشفى في نواحي البساطة والعقيد والاستقرار والاضطراب، وتتحدد بهذه النواحي أنواع البيئات التي يتعامل معها المستشفى ولكل منها درجة عدم تأكد معينة. فقد وجد أنه توجد علاقة عكسية بين درجة استقرار البيئة وتعقد الهيكل التنظيمي، أي أنه كلما ازداد عامل عدم الاستقرار البيئي تعقد الهيكل التنظيمي (وجود العديد من الوحدات والأخصائيين والمهن). كما أن ازدياد تغير واضطراب البيئة يدفع إدارة المستشفيات إلى درجة أكبر من اللامركزية في الهيكل التنظيمي. كما اتضح أنه توجد علاقة إيجابية بين درجة استقرار البيئة ودرجة الرسمية في الهيكل التنظيمي (١٨).

وتوجد عدة أدوات يمكن عن طريقها فهم وتحليل العوامل البيئية التي يتعامل معها المستشفى مثل:

تحليل SWOT (١٩): ويعد إحدى أدوات التخطيط الإستراتيجي والتي يمكن بواسطتها تقييم العوامل البيئية والوضع الداخلي للمنظمة، وذلك فيما يتعلق بنواحي القوة المتاحة للمستشفى Strengths، ونواحي الضعف Weaknesses، والفرص الموجودة Opportunities، والتهديدات المحتملة Threats. وتعد نواحي القوة والضعف من العناصر الداخلية للمستشفى، في حين توجد الفرص والتهديدات في البيئة الخارجية لها. ومن أمثلة نواحي القوة والضعف المحتملة للمستشفى: الخبرات، والموارد المتاحة، وخدمات العملاء، وكفاءة الخدمة، والميزة التنافسية، والبنية التحتية التي تساند الخدمات الصحية، وجودة الخدمات، ومستوى مقدمي الخدمات. ومن أمثلة الفرص والتهديدات المحتملة في بيئة المستشفى: الخدمات الجديدة المقدمة وغير الموجودة في سوق الخدمة الصحية، زيادة الحصة السوقية أو النفاذ للسوق، واستهداف نوعية جديدة من مستخدمي الخدمة (المسنين، الفحص قبل الزواج أو قبل التعيين في وظيفة، السيدات الحوامل ... إلخ)، إيجاد مؤيدين أو حلفاء للمستشفى في المجتمع (قيادات أو موردين أو هيئات طبية أو مراكز صحية وعيادات أطباء تثق وتشجع استخدام خدمات المستشفى).

تحليـــل PEST [٢٠]: ويتعلق هذا التحليل بدراســة العوامل السياســية Political، والاقتصاديــة Economic، والاجتماعيــة Social، والتكنولوجيــة Technological للبيئة، ويعطي إطاراً لتحليل عوامل البيئة الكبرى للمستشــفى، وبغرض المســح البيئي للعوامل المؤثرة على عمل المستشفى. وهو في الوقت نفسه جزء من التحليل الخارجي للبيئة فيما يختص بالدراســات التسويقية. ومن أمثلة هذه العوامل: نظام الضرائب السائد، وقوانين العمل، ومعدل النمو الاقتصادي، ومعدلات الفائدة في البنوك، ومعدل التضخم، ودرجة الوعي الصحي، ومعدل النمو الســكاني، وخصائص الهرم السكاني، والمســتقبل المهني لأهم الوظائف بالمستشــفى، والجوانب البيئية والإيكولوجية المتعلقة بعمل المستشفى، والقيود المفروضة على التقنية المستخدمة، ومعدل التغير في مستوى التقنيــة. ويمكن تصنيف تحليل PEST على أنه يماثل تحليل الفرص والتهديدات في تحليل SWOT.

ثالثــاً - تحديــد التركيــب التنظيمــي المناســب لتحقيــق أهــداف المستشفى: Organizational Structure:

تواجه المستشفيات دائماً تحدياً يتعلق باتخاذ القرارات المناسبة والمرتبطة باستكشاف الطــرق التي تمكنها من إيجاد التصميم التنظيمي المناســب لتحقيــق الأهداف التي تنشدها، ومواجهة العوامل الخارجية للبيئة التي تعمل فيها المستشفيات. وتتعلق هذه القرارات بتحديد المســئوليات، ومن يتخذ القرارات في المستويات الإدارية المختلفة؟، ولأي غرض؟، وما التصميم المناسب الذي يحقق أعلى أداء للمستشفى من ناحية جودة الخدمات، وتوفير عنصر الأمان للمرضى، والتطور في الخدمات، بحيث يتم البروز أو البقاء في سوق الخدمات الصحية؟.

ويقصد بتصميم المنظمة «كيفية ترتيب أحجار بناء المنظمة (الســلطة، والمسئولية، والمحاســبة، والمعلومات، وعوامل الحفز) لتحســين الفاعلية والقدرة على التكيف مع ظروف بيئة المنظمة» [٢١]. أو بمعنى آخر يعتبر تصميم المنظمة «عملية تشخيص الموقف الذي يواجه منظمة معينة ومن ثم اختيار وتطبيق الهيكل التنظيمي الأكثر ملاءمة لذلك الموقف الذي يواجه المنظمة» [٢٢]. والســمة الأساسية لتصميم المنظمة هي مبدأ مدى إســهام الهيكل التنظيمي في فعالية المنظمة، وذلــك بالاعتماد على كيفية التعامل مع العوامــل الموقفية التي تؤثر على المنظمة مثل البيئة، والتقنيات، والمنافســة، والحجم، وغيرهــا). وبالتالي تعد عملية تصميم المنظمة عملية ديناميكية بطبيعتها، من منطلق

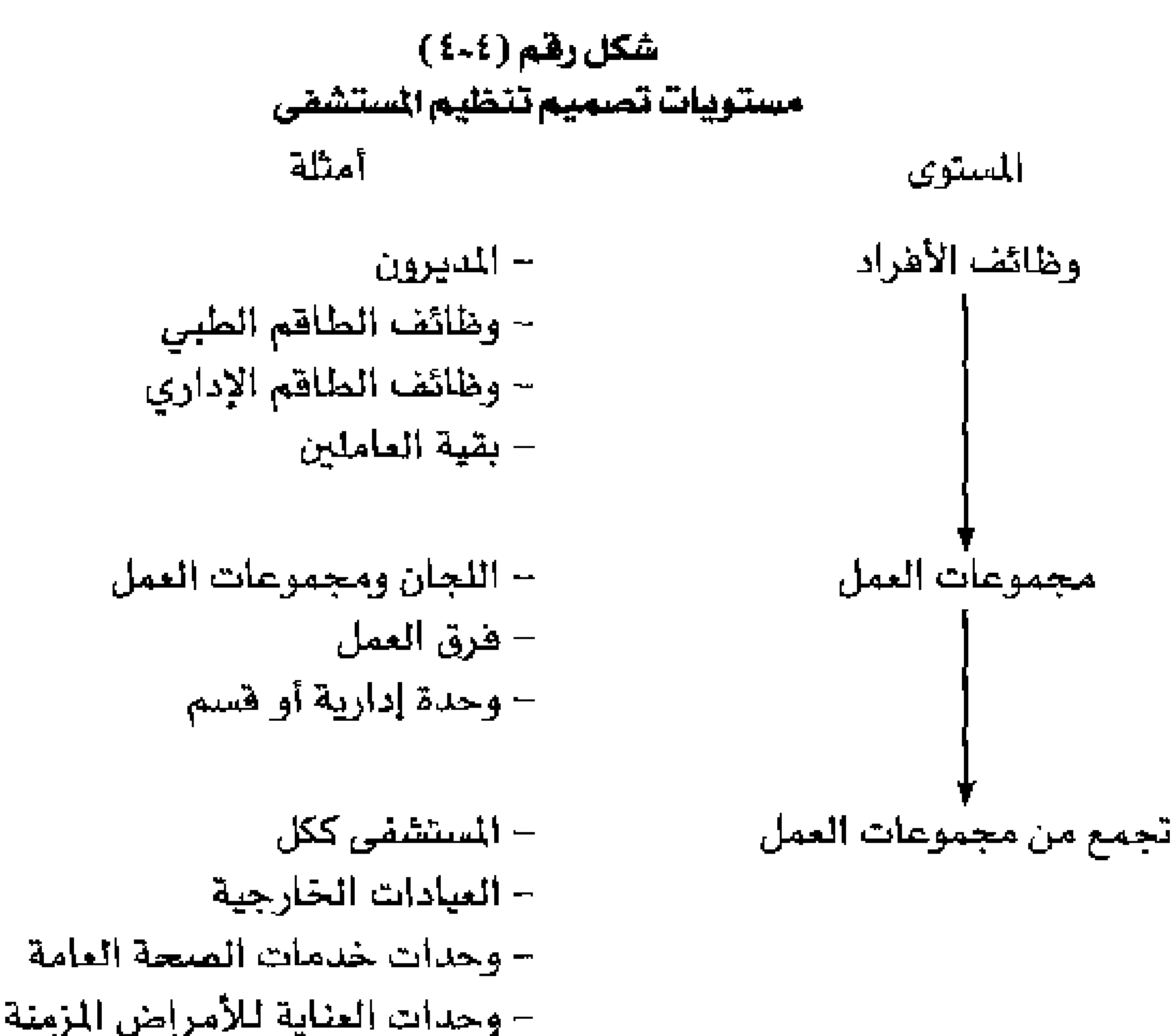
إمكان اعتبارها من المخرجات أو من عناصر العملية طبقاً لمنهج النظم. فمن ناحية اعتبار تصميم المنظمة من «المخرجات» فيتمثل ذلك في الخطوط والمستطيلات أو المربعات التي تظهر في المستويات الإدارية المختلفة في الخريطة التنظيمية للمنظمة، وهذا يمثل كيفية ترتيب أحجار بناء المنظمة. كما يتمثل اعتباره «عملية» في معرفة أن تصميم المنظمة يعكس في الغالب الاستجابة للديناميكية السياسية في بيئة المنظمة المتغيرة على الدوام، فالتغيير في القيادات والإستراتيجيات والأحداث غير المتوقعة كلها من الأسباب التي تجعل التصميم التنظيمي في بعض الأحيان غير منطقياً أو مخططاً [٢٢].

والسؤال الذي قد يتبادر إلى الذهن هنا هو ما الذي يمكن تصميمه تنظيمياً (أو إعادة تصميمه) في المستشفى؟. والإجابة تتحدد في حقيقة أنه توجد عدة نواحٍ للتنظيم يمكن – أو قد يتطلب الأمر – تصميمها أو تغييرها، مثل: الحجم الكلي للمستشفى، عدد ونوعية الوحدات التنظيمية أو الأقسام التي تقدم الخدمات الصحية، وكيفية تجميع هذه الوحدات، وتخصيص نطاق الإشراف، وتحديد المهام المطلوبة من الأفراد والوحدات، وتحديد الإجراءات والقواعد في صورة رسمية، وإعادة ترتيب سلطة اتخاذ القرارات، وتغيير قنوات أو خطوط الاتصال التنظيمي، وتحديد كيف سيتم التنسيق بين الوحدات الإدارية، وغيرها. والشكل رقم (٤-٤) يحدد المستويات المختلفة للتصميم التنظيمي للمستشفى.

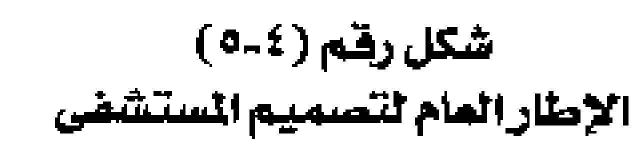
وكما أوضحنا من قبل يلزم قبل تصميم المنظمة إجراء العديد من دراسات تقييم العوامل البيئية للمستشفى لضمان أن ما يمكن تصميمه سوف يحقق درجة فاعلية المستشفى المطلوبة من خلال تحقيق أهدافها، ووفقاً لمنهج علمي مدروس وواقعي، وليس بغرض التغيير للتغيير في حد ذاته أو طبقاً لأهواء شخصية، ولقد أوضحنا من قبل أهمية مطابقة تصميم المنظمة للمهمة أو الغرض الذي من أجله أنشئ المستشفى. ويركز الإطار العام للتصميم التنظيمي للمستشفى (شكل ٤-٥) على أهمية «تفصيل» التصميم المناسب على أساس المواءمة للاحتياجات الفردية لكل مستشفى بعينه على حدة. وبمعنى أن التصميم الجيد يلزم أن يكون متوافقاً مع الاحتياجات الخاصة بتقسيم العمل، وفي نفس الوقت مع الاحتياجات الخاصة بتجميع الأعمال، أي بين تقسيم الأعمال وتجزئتها إلى واجبات ومهام أو «التمايز» (Differentiation)، والتنسيق بين هذه المهام والواجبات أو «التكامل» (Integration). وبصفة عامة يمكن القول إن التصميمات المختلفة للمستشفيات تعتمد على متطلبات البيئة (تقييم

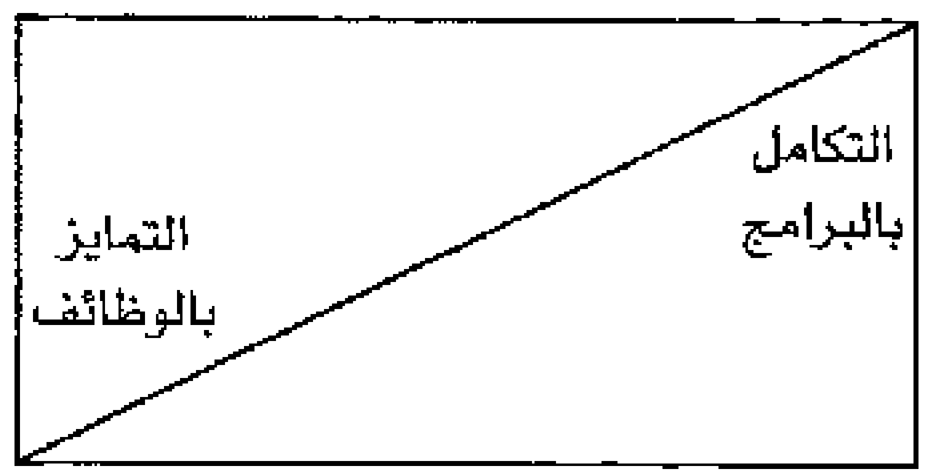
قيم المستشفى ورسالتها، والتحليل البيئي، وتحليل وتقييم تنظيم المستشفى، وتقييم الموارد البشرية للمستشفى، وتحليل العملية السياسية) والإستراتيجيات التي ينتهجها المستشفى للتعامل مع المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، وإلى أي مدى يمكن تجميع الأنشطة، والطريقة التي سيتم بها اتخاذ القرارات. والشكل رقم (٤-٥) يوضح هذا الإطار العام للتصميم التنظيمي للمستشفى واعتباراته العامة. وينتج عن عملية التصميم التنظيمي اختيار الهيكل التنظيمي الملائم للمستشفى من بين النماذج المعروفة للهياكل التنظيمية للمستشفيات، والتي سوف نتعرض كما يلي:

شكل رقم (٤-٤)
مستويات تصميم تنظيم المستشفى



المصدر بتصرف: (Shortell and Kaluzny, Health Care Management, 2006. P. 319).


شكل رقم (٤-٥)
الإطار العام لتصميم المستشفى



المصدر: (Shortell and Kaluzny, Health Care Management, 2006. P. 328).

نماذج الهياكل التنظيمية للمستشفيات [٢٤]، [٢٥]:

١- نموذج البناء التنظيمي الوظيفي Functional Design:

ويوجد هذا النموذج (شكل رقم ٤-٦) عندما يتم تقسيم العمل إلى أقسام مختصة بوظيفة محددة للاستفادة القصوى من الخبراء المتخصصين العاملين في هذه الأقسام. ويتطابق هذا النموذج مع متطلبات المستشفيات العامة المحلية الصغيرة (أقل من ١٠٠ سرير)، والوحدات الصحية التي تقدم الرعاية الصحية للأمراض المزمنة، والتي تتمتع بدرجة كبيرة من الاستقرار البيئي، وحدة منافسة ضئيلة من المستشفيات الأخرى. حيث يتم في هذا النموذج فصل الخدمات الفندقية عن الخدمات الطبية الإكلينيكية (السريرية)، حيث يتحدد عدد الأقسام (وبالتالي عدد وظائف المديرين لها) بناءً على حجم المستشفى.

(شكل رقم ٤-٦)

النموذج الوظيفي لتنظيم المستشفيات (مستشفى لعلاج الأمراض المزمنة)

- مجلس الأمناء
  - الهيئة الطبية
  - مدير المستشفى
    - مساعد مدير المستشفى للخدمات المساندة
      - الصيدلية
      - الخدمات الاجتماعية
      - التأهيل
      - السجلات الطبية
      - التمريض
    - مساعد مدير المستشفى للخدمات الإكلينيكية
      - قسم المشتريات
      - خدمات التغذية
      - قسم الصيانة
      - النظافة والمغسلة
      - قسم المالية

ومن مزايا هذا النموذج تسـهيل عملية اتخاذ القرارات ذات الطابع الفني القائمة على التخصص الوظيفي، وعلى أسـاس مركزي ضمن هيكل تنازلي من أعلى لأسفل. ويختار رؤسـاء الأقسـام عادة مـن بين العاملين في هذه الأقسـام بالمستشـفى تبعاً لأقدميتهم وخبراتهم الفنية العلمية والعملية في تخصصهم.

ومـن عيوب هـذا النموذج أنـه لا يصلح للمستشـفيات الكبيرة الحجـم المتعددة الخدمات، إذ يصعب تحقيق التنسـيق اللازم بين الأقسـام المختلفة. فمع تغير درجة الاستقرار البيئي نحو التغير الكبير لا يصبح النموذج الوظيفي ملائماً للتدفق السريع والكبيـر لمدخلات ومخرجـات المعلومات. ولذا يعد هذه النمـوذج قديماً وكان يصلح للمستشفيات من أكثر من عقدين مضيا، ولا يناسب العصر الحالي نظراً لزيادة درجة عدم التأكد البيئي الموجودة في سوق الخدمات الصحية حالياً.

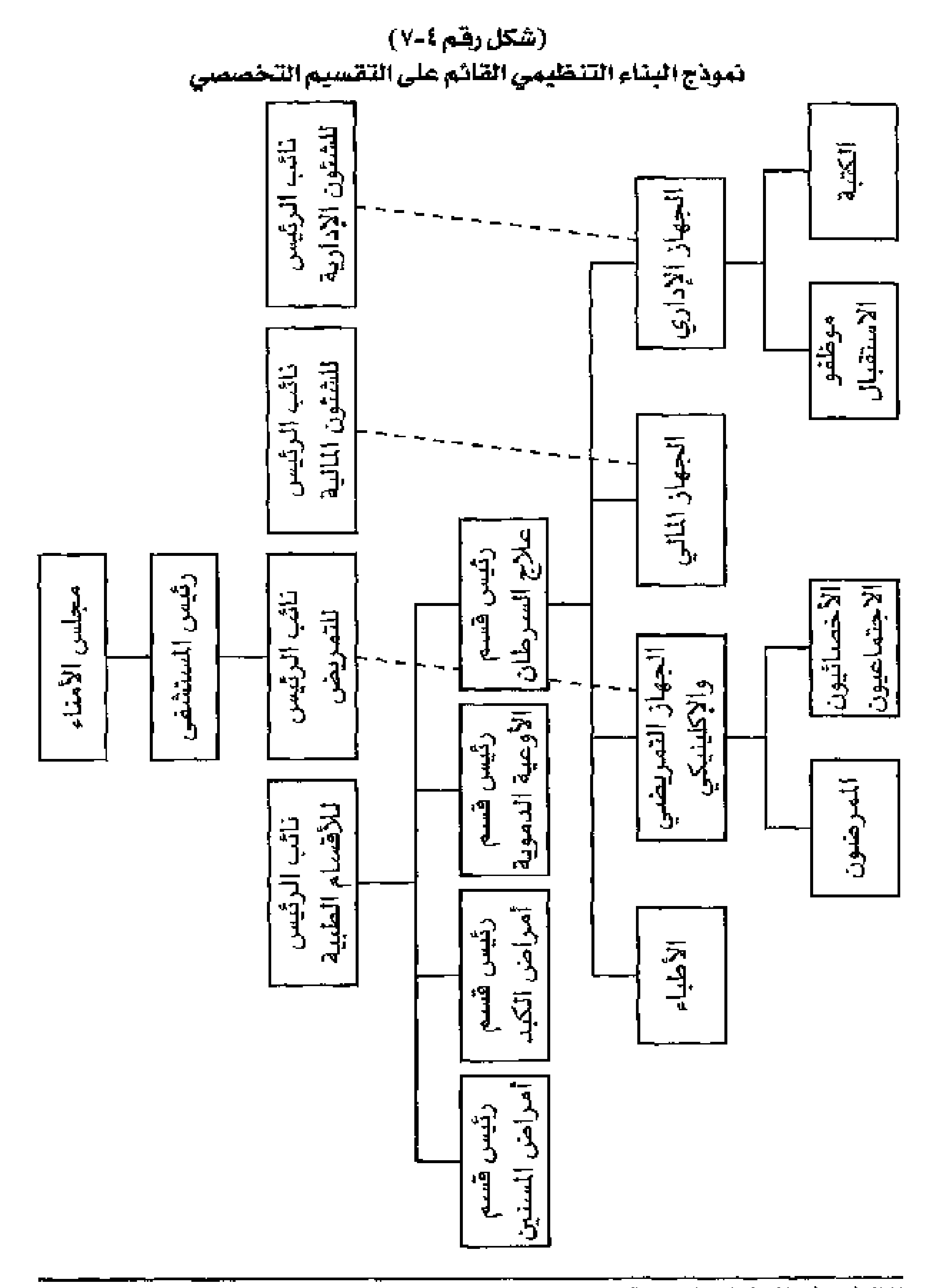
٢- نموذج البناء التنظيمي القائم على التقسيم التخصصي Divisional Design:

ويصلح هذا النموذج للمستشـفيات الجامعية أو المراكز الطبية الأكاديمية الكبيرة التي تعمل في ظروف عدم تأكد بيئية كبيرة تقتضيها عملية ارتباط المستشـفى بكلية الطب، وأيضاً مسـتوى التعقيد التقني الذي يرتبط بكثافة الأنشطة البحثية التي هي من طبيعة مثل هذه المستشـفيات أو المراكز الطبية الأكاديمية [٢٦]. ويوجد هذا البناء التنظيمي في الحالات التي يمكن فيها إيجاد تقسيم واضح لوحدات المستشفى، والتي يرغب في أن يكون لديها قدرة تسـيير للأنشـطة بصورة شـبه ذاتية. ومن التقليدي في المستشفيات التعليمية للمؤسسات الأكاديمية كالجامعات تجميع الوحدات الإدارية بصورة واضحة تعتمد على التقسـيم التقليـدي للتخصصات الطبية (جراحة، باطنة، نسـاء وتوليد، أطفـال، ... إلخ)، ولكن حديثاً بدأ التفكير في تقسـيم الوحدات طبقاً لنظام خطوط الخدمات والذي يشـبه خطوط الإنتاج فـي المنظمات الإنتاجية. ومن أمثلة هذه الخطوط تجميـع الوحدات حول خط خدمات تعزيز الصحة، أو الخدمات العلاجيـة، أو الخدمات التشـخيصية، أو الخدمات التأهيلية، أو الخدمات التي تقدم لمجموعات معينة من السكان مثل الخدمات التي تقدم للمسنين، أو المصابين بالأمراض السرطانية، أو أمراض القلب والأوعية الدموية.

والبناء التنظيمي القائم على التقسيم التخصصي يتيح درجة من اللامركزية في اتخاذ القرارات لمن هم في أدني المستويات الإدارية في المستشفى، كما يؤدي هذا البناء التنظيمي إلى وجود درجة من التسيير الذاتي للشئون الإكلينيكية والمعاملات المالية، بسبب وجود نوع من الإدارة الداخلية الذاتية لكل قسم كما هو موضح في الشكل التالي رقم (٤-٧).

(شكل رقم ٤-٧)

نموذج البناء التنظيمي القائم على التقسيم التخصصي



ويظهر من الشـكل السـابق أن الطبيب المسئول عن كل تقسـيم أو تخصص طبي له الصلاحية المباشـرة على جميع العمليات التشـغيلية للقسـم. وكل قسم له مدير للتمريض أو لخدمات المرضى، ومدير للشـئون الإدارية، ومدير مالي، وهؤلاء المديرون يؤدون عملهم فريقاً واحداً لأداء أنشـطة القسـم. وفي الوقت نفسـه يخضع هؤلاء المديرون للمحاسبة أمام نواب رئيس المستشفى كل حسب طبيعة عمله (رؤساء الأقسام الطبية يرأسـهم نائب الرئيس للأقسـام الطبية، والمدير المالي يرأسـه نائب الرئيس للشئون المالية وهكذا).

ويعمـل هذا البناء التنظيمي القائم على التركيز على العمليات التشـغيلية للوحدة الإدارية المتخصصة على تقوية هذه الوحدات لمواجهة العناصر البيئية بطريقة مباشرة، ويزيد من قدرة المستشـفى على تبادل المعلومات مع كل المنظمات الأخرى الموجودة في بيئة المستشفى، وينمي القدرة على اتباع وتنفيذ الإستراتيجيات الموائمة لتحقيق أهداف وحدة خـط الخدمة. أما الصعوبات التي تواجه اتباع مثـل هذا البناء التنظيمي في المستشـفيات فيتحدد أهمها في التأثير الكبير على هذا البناء التنظيمي في الأوقات التـي يوجـد فيها صعوبة أو ندرة في المـوارد، حيث يلزم تحديـد الأولويات في هذه الحالات على مسـتوى الإدارة العليا للمستشفى وليس على مستوى الوحدات الإدارية المتخصصـة. فعلى سـبيل المثال قد يحدث أن لا يتفق رؤسـاء الوحدات المتخصصة علـى أولويات البرامج أو الخدمات الصحية التي يجب تقديمها للمرض لعدم تفهمهم للصورة العامة التي يسـتهدفها المستشـفى، أو أحياناً قد يلزم أن تتشـارك الأقسـام الإدارية المتخصصة في اسـتخدام الموارد المتاحة، وبالتالي يلـزم تدخل الإدارة العليا للمستشـفى ولا يترك الأمر لرؤساء الأقسام. كما قد يوجد منافسة بين الأقسام على الموارد والسلطة مما يحدث نوعاً من الاحتكاك أو الصراع داخل المستشفى.

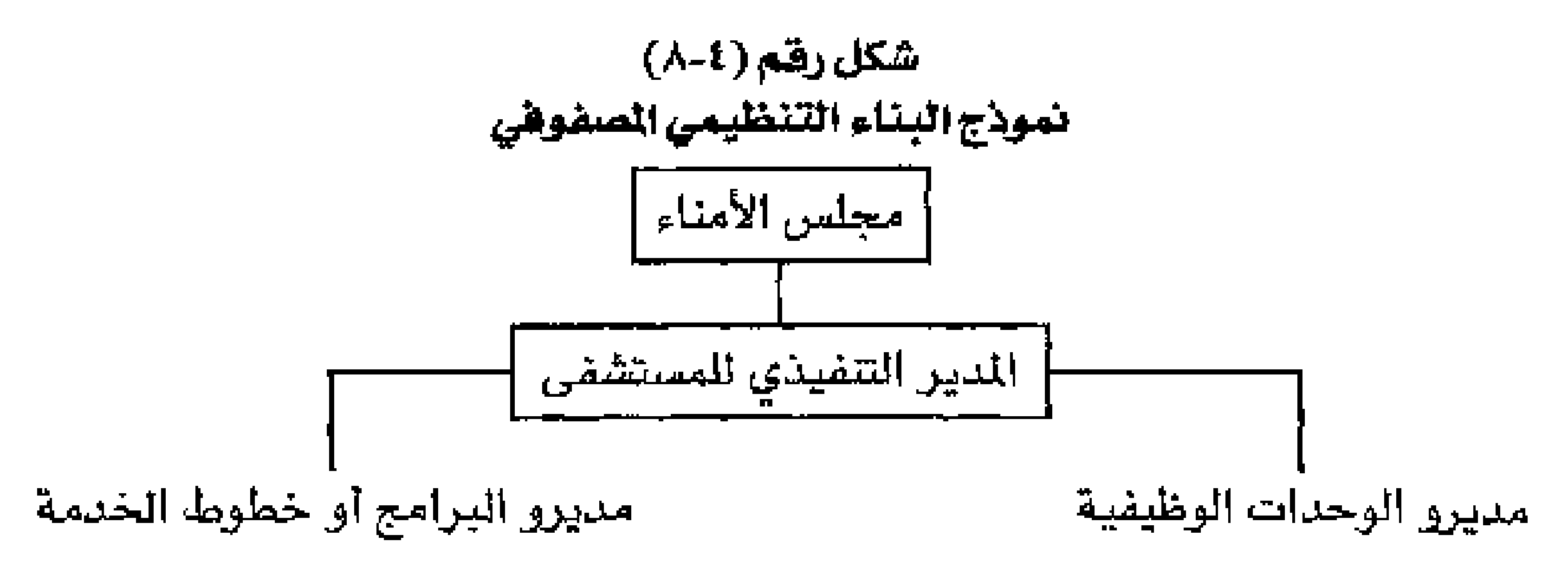
٣- نموذج البناء التنظيمي المصفوفي Matrix or Mixed design:

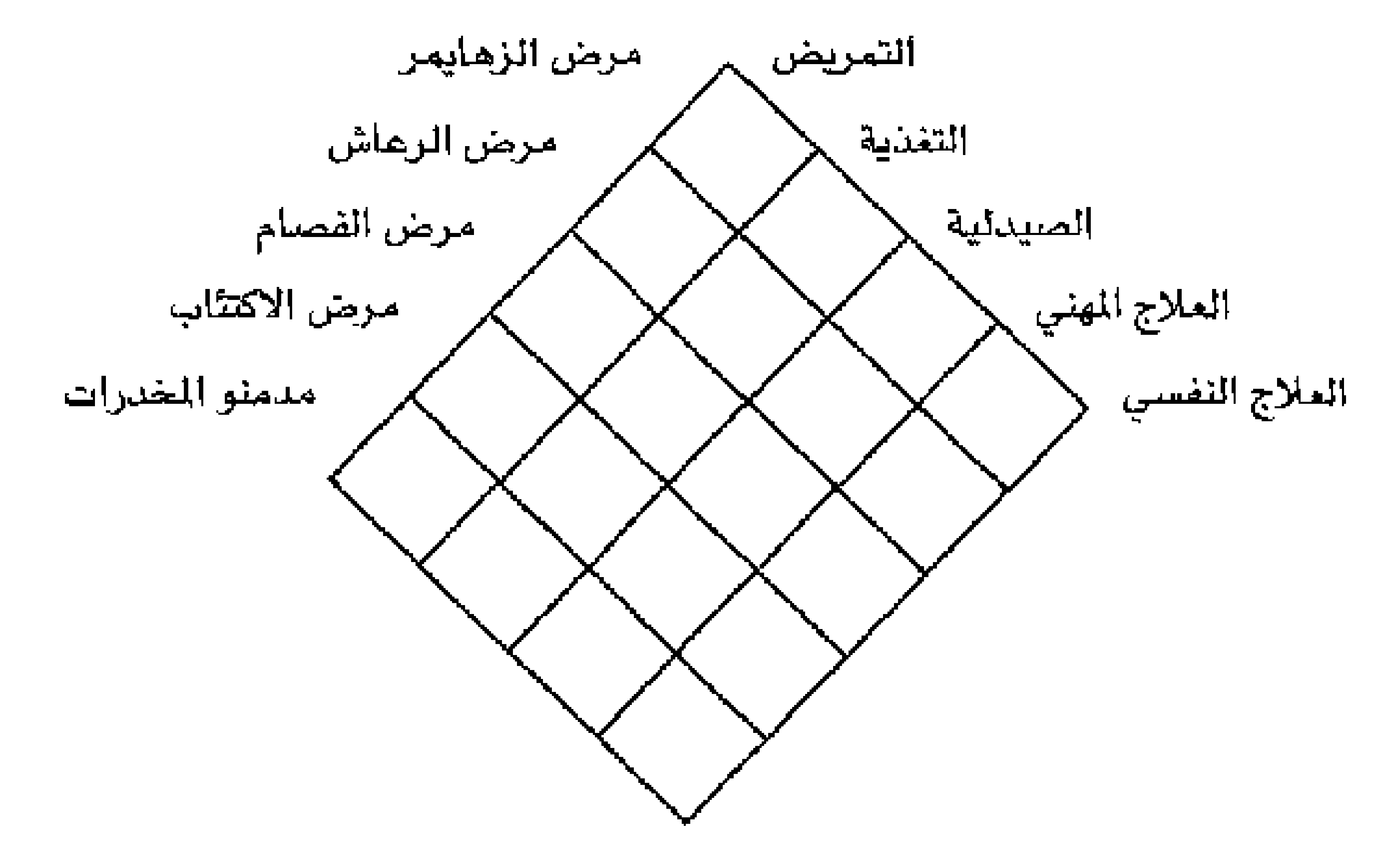
ويهدف هذا النموذج لتحسـين آليات التنسـيق والتكامل الجانبي وتدفق المعلومات داخل المستشـفى، والتغلب على بعض المشـاكل التي تواجه نمـوذج التنظيم الوظيفي، وتشـجيع التنافس الذي يسـاعد على تنفيذ الأعمال بالمستشـفى (٢٧). ويتميز هذا النموذج (شكل رقم ٤-٨).

بازدواجية خطوط أو علاقات السلطة، حيث يتم المزج بين التقسيم الوظيفي للأنشطة والتقسـيم القائم على البرامج (المشروعات) أو خطوط الخدمة، وبحيث يكون المديرون

للأنشـطة الوظيفية أو للبرامج في هذا النموذج تحت سيطرة رئيس واحد، وفي الوقت نفسه يمارسون نشاطاتهم المتفردة على العاملين المرؤوسين لهم.

شكل رقم (٤-٨)
نموذج البناء التنظيمي المصفوفي





ويناسـب هذا النموذج التنظيمي المنظمات التي تستخدم مستويات عالية من التقنية الحديثة. والحقيقة أن كثيراً من خصائص المستشـفيات تسـتلزم اتبـاع نموذج البناء التنظيمـي المصفوفي حيث إن رعاية المريض تسـتلزم وجـود منهج عمل الفريق المتعدد التخصصات، كما أن المستشـفيات بطبيعتها توجب تحقيق أكبر قدر ممكن من التنسيق

والتكامل «البيني» أو الجانبي في أداء الأنشطة وخاصة فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية المقدمة. ويسمح هذا النموذج في الأساس لمديري البرامج في المستشفى بالتفاعل المباشر مع البيئة والعكس. وعادة ما تحتاج إدارة البرامج أو المشروعات عمل فريق متعدد التخصصات، ولهذا يتيح هذا النموذج تحقيق التنسيق بين أعمال الفريق، ويسمح لأعضائه بإظهار خبراتهم.

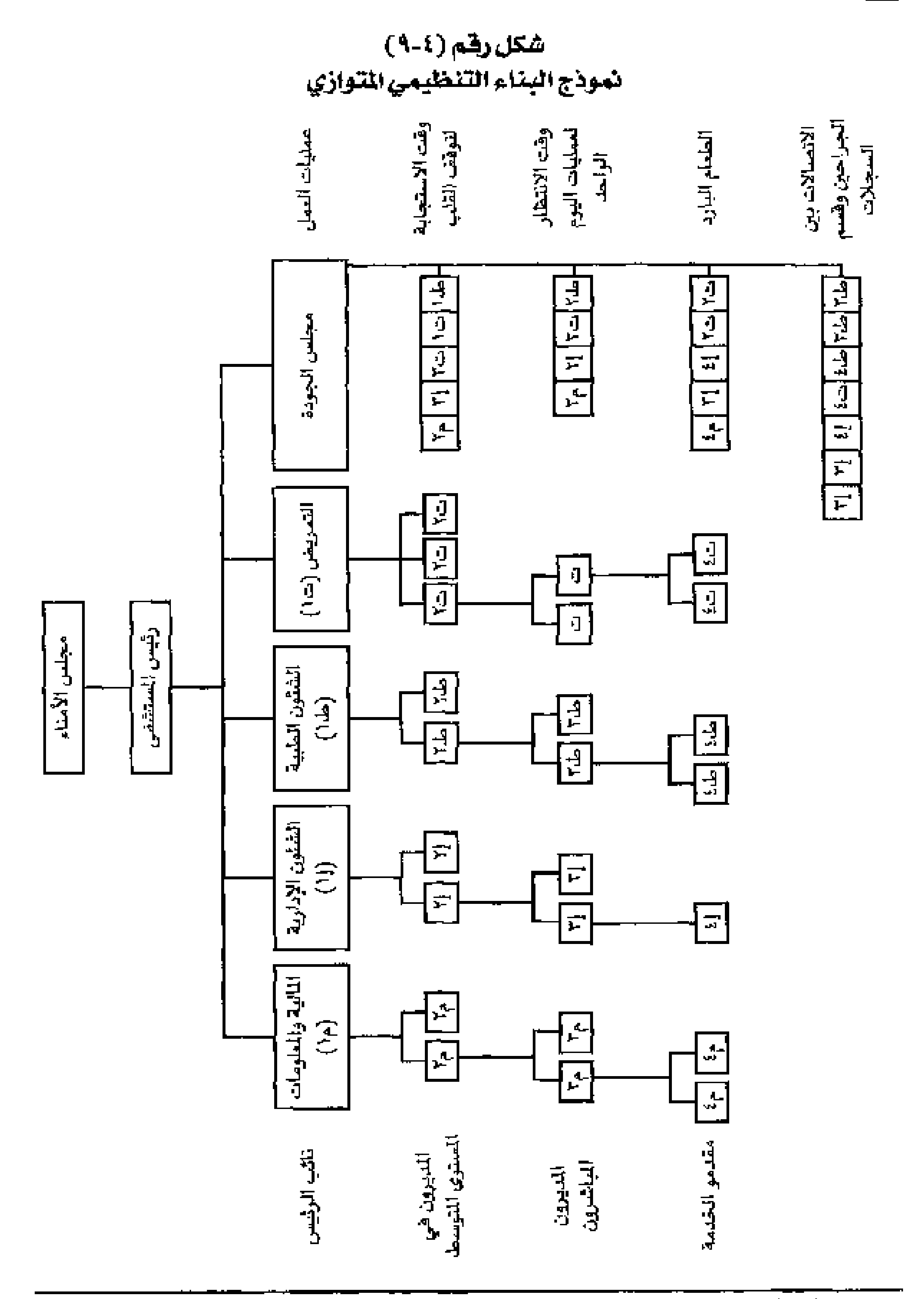
ولا يعني كل ما سبق أن نموذج البناء التنظيمي المصفوفي يخلو من بعض العيوب، والتي تنبع أساساً من ازدواجية علاقات السلطة. فقد تسبب مسألة وجود رئيسين للعامل في المستشفى نوعاً من الالتباس وعدم القبول، ويخلق ظروفاً تؤدي إلى وجود صراعات. إضافة إلى ذلك، ومن جانب الموارد الإدارية المهمة، أنه يعمل على تضييع كل من المدير الوظيفي ومدير البرنامج في عقد اجتماعات تهدف لتعريف العاملين بالأنشطة المطلوبة للبرنامج. كما أن هناك زيادة في التكلفة الكلية للأنشطة نتيجة المتطلبات المتكررة والمتعلقة بازدواج العمليات المالية، وتقييم الأداء، وتحديد الحوافز والمكافآت.

٤- نموذج البناء التنظيمي المتوازي Parallel Design:

نشأ هذا النموذج أساساً لتحسين جودة مناخ العمل في المنظمات [٢٨]، ويسهم هذا النموذج (شكل رقم ٤-٩) في اتباع أسلوب حل المشاكل التي تواجه المستشفى والذي يلزمه آلية المشاركة من قبل العاملين به، على عكس ما يحدث في النموذج الوظيفي (البيروقراطي أو الروتيني) الذي يتصف بروتينية أداء الأعمال. ويعد النموذج المتوازي وسيلة إدارية للاستجابة للتغيرات في البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى، من خلال إتاحة الفرصة لشاغلي الوظائف – في مختلف المستويات الإدارية للهرم التنظيمي في التركيب أو النموذج الوظيفي المعتاد – للمشاركة في التصميم التنظيمي للمستشفى.

وتستخدم المستشفيات التي تطبق أسلوب إدارة الجودة الشاملة (TQM) أو تحسين الجودة المستمر (CQI)، حيث يضع تطبيق هذا الأسلوب اهتمامات العميل أو المريض في مركز اهتمام المستشفى. ويعتمد هذا النموذج على وجود جانب متوازٍ للتنظيم الإداري ممثلاً في مجلس للجودة يشكل من أعضاء في التنظيم الوظيفي العادي للمستشفى. ويحدد هذا المجلس المشاكل أو نقط الاهتمام التي تكتشفها فرق الجودة بالمستشفى، ويغرض بحث هذه النقاط أو المشاكل من زاوية علاقتها بعمليات التشغيل Processes في المستشفى، فإذا تم حل المشاكل المتعلقة بعمليات التشغيل تتحسن بالتالي الخدمات الصحية المقدمة لعميل المستشفى.

شكل رقم (٤-٩)
نموذج البناء التنظيمي المتوازي



ويشـــكل أعضاء فرق الجودة لكل مشـــكلة محددة من ممثلين لكافة الأقســـام ومن جميع المســـتويات الإدارية بالمستشفى، والذين لهم علاقة بعمليات التشغيل (الخدمة) الخاصة بالمشـــكلة المحددة المراد بحثها واستكشـــاف أســـبابها بفرض حلها لتحسين الخدمة المقدمة.

ومن مزايا هذا النموذج أو التركيب المتوازي بالنســـبة للعاملين بالمستشـــفى تشمل زيادة سلطات الأفراد في الهيكل التنظيمي للمستشفى، وزيادة قدرتهم في التأثير على القرارات التي تتخذ بالمستشـــفى، وزيادة إحساســـهم بالمشاركة فيما يهم المنظمة ككل، بالإضافة إلى وجود فرصة لهم لإثبات الذات والترقي من خلال توســـيع مدى أنشطة عملهم. أما بالنســـبة للمزايا على مســـتوى المستشفى كمنظمة فيتبلور ذلك في إيجاد فرص تحسين الأداء الكلي للمستشفى وتحسين جودته.

أما عيوب هذا التصميم التنظيمي فينحصر أهمها في انشـــغال وقت العاملين في الاجتماعـــات مما يزيد مـــن تكلفة الخدمة، واحتمالية ســـيطرة التنظيم المتوازي على قرارات المستشـــفى وبالتالي يزيد في مســـئولياته وســـلطاته عن مسئوليات وسلطات التركيب التنظيمي الرسمي المعتمد للمستشفى، ووجود فرص للنزاع أو الصراع نتيجة للاختلاف بالنســـبة لأولويات العمل واستخدام أو تخصيص الموارد كل من التركيبتين المتوازية والوظيفية البيروقراطية.

التأثيرات المستقبلية على التصميم التنظيمي للمستشفيات:

من مراجعة النماذج المختلفة الســـابقة لتنظيم المستشفيات، والعوامل التي تؤثر في اختيار هذه النماذج، يمكن اقتراح بعض العناصر الخاصة بطبيعة وسمات المستشفيات والتي تفرض نفســـها من ناحية التأثير المســـتقبلي على مصطلـــح النموذج التنظيمي «المناسب» لمستشفى ما. وهذه العناصر سوف يكون لها بالطبع أهمية نسبية تبعاً لمرور الزمـــن واختلاف المنطقة الجغرافية التي يعمل فيها المستشـــفى. وأهم هذه العناصر يمكن تصنيفها في عدة نواحٍ: كمهمة المستشـــفى، والبيئة، وطبيعة المستشفى، والقيم التنظيمية، والموارد البشـــرية، والتغيرات التي تحدث في السياسات. وسيتم التعرض لهذه العناصر بتفصيل أكبر فيما يلي [٢٩]:

١- رسالة المستشفى Hospital Mission:

أهم ما يمكن أن يســـهم به عنصر رســـالة أو الغرض من المستشفى في التأثير على النموذج التنظيمي المناسب لها مستقبلاً هو مدى الاتجاه أو الميل للتخصص في أنشطة

وأعمال المستشفى. والمتابع لتطور المستشفيات يمكنه ملاحظة أن المستشفيات تتجه ناحية تضييق نطاق عملها، والتركيز على تقديم الخدمات التي يحتاج إليها سوق الخدمات الصحية، أو بالأحرى ما يحتاج إليه العميل. وهذا التركيز أو الميل ناحية تقديم خدمات لمجموعات محددة من السكان طبقاً لاحتياجات السوق، سوف يجعل مدخلات ومخرجات عملية تشغيل المستشفيات تهتم بعنصر المحاسبة والالتزام أكثر من السابق نتيجة لزيادة التلاصق الاجتماعي للمستشفى مع المجتمع الذي يعمل فيه.

٢- البيئة المستقبلية للمستشفيات Future Environment:

البيئة المستقبلية للمستشفيات يتوقع لها أن تتسم بالتعقيد والتغيير المستمر أكثر من الوقت الحالي. وسوف ينعكس ذلك في صورة عدد من الضغوط الخارجية التي سوف تؤثر بالضرورة على قرارات التصميم التنظيمي. وأهم هذه الضغوط ستكون كما يلي:

- التغير في الخصائص السكانية للمجتمع الذي تقدم له خدمات المستشفيات، مع توقع زيادة نسبة المسنين في المجتمع، وما يستتبع ذلك من ضرورة توفير الرعاية الصحية لهم، وعلى الأخص خدمات رعاية الأمراض المزمنة بصفة عامة، وأمراض الشيخوخة (مثل مرض الزهايمر) بصفة خاصة.
- التزايد في درجة التعقيد للخدمة المقدمة للمجتمع وخاصة فيما يتعلق بتزايد وتغير الطلب على الخدمة.
- تزايد مدى الخدمات المقدمة بعيداً عن الخدمات التقليدية المتعارف على تقديمها من خلال المستشفيات مثل: خدمات العيادات الخارجية، وعمليات اليوم الواحد، والرعاية الطبية المنزلية، ورعاية الأمراض المزمنة، ومراكز تقديم الرعاية الطبية المجتمعية، وغيرها.
- نمو الاهتمام بالمشاكل الصحية للمجتمع وعلى الأخص مشكلة إدمان المخدرات ومقاومة المظاهر الصحية للعنف المتزايد في المجتمع.
- تزايد المنافسة بين المستشفيات التي تقدم نفس نوعية الخدمات في نفس المنطقة الجغرافية، وذلك من أجل زيادة الحصة التسويقية.
- زيادة محاولات التدخل الحكومي على جميع المستويات لتنظيم نوعية وكمية الخدمات المقدمة.

- تغير طرق الدفع اللاحق (من شـركات التأمـين الصحي) لمقابل الخدمات الصحية المقدمة لمحاولة احتواء التكلفة.
- توسيع مشاركة مستشفيات القطاع الخاص نتيجة للعجز الحكومي عن تحمل تكاليف الخدمـات التي تقدمها المستشـفيات الحكومية (والتي لا تهدف للربح) وخاصة في ظل التصاعد المستمر في هذه التكاليف.
- زيادة مشاركة الأطباء والمهتمين بالصحة (وخاصة في مجالس الأمناء للمستشفيات) في عملية التخطيط الإستراتيجي للمستشفيات وإدارتها.
- زيـادة محاولات المنظمات المهنية الصحية ومنظمات الاعتماد للمستشـفيات لوضع معايير أكثر تحكماً لتقديم الخدمات بالمستشفيات.
- زيـادة طلب المجتمع للمحاسـبة علـى الأخطاء الطبية التي تحدث بالمستشـفيات، والرغبة في تعظيم القيمة للعلاج بها.
- التركيز على عنصري سلامة المريض وجودة الخدمات بالمستشفيات من قبل شركات التأمين ومنظمات العاملين.
- التسـارع في تطـور التكنولوجيا الطبيـة وتأثيرها على زيادة تفـرع التخصصات الطبية.
- زيادة الاحتياج والطلب على المعلومات، وما ينتج عن ذلك من استحداث نظم معلومات جديدة مثل أنظمة المعلومات المتعلقة بالذكاء الصناعي.

٣- طبيعة المستشفيات نفسها Nature of Hospitals:

بالنسـبة للعوامل الداخلية التي سوف تؤثر على التصميم التنظيمي للمستشفيات في المسـتقبل تبرز بعض عناصر العمليات التشـغيلية والتركيبية داخل المستشـفيات والتي سـوف تتيـح وجود فرص أو عوائق تسـاعد أو تعطل عمليـة اختيار التصميم التنظيمي المناسب للمستشفى، وأهمها ما يلي:

- التأكيد المتزايد على أسلوب عمل الفريق في تقديم الخدمات.
- المحاسبة المتزايدة للإدارة العليا للمستشفى نتيجة لزيادة الارتباط مع المجتمع الذي تخدمه المستشفى.
- زيادة تكوين المؤسسات التي تملك المستشفيات بدلاً من الأفراد، وانعكاس ذلك على تركيب المستشفى.

- متطلبات تحسين جودة الخدمات المقدمة.
- متطلبات ضغط أو احتواء النفقات، وتحقيق كفاءة التشغيل، وزيادة الإنتاجية.
- زيادة الحاجة إلى نظم المعلومات المتكاملة والشاملة من الناحيتين الطبية والمالية.
- ندرة الموارد المالية.
- تغير علاقات العمل لخلق بيئة عمل تسمح بوجود أكثر من مشرف لمقدم الخدمة الواحد.
- ازدياد استخدام تكنولوجيا المعلومات في العمل.
- ازدياد الحاجة للتنسيق الفاعل لأنشطة العمل والتحكم في صراعات العمل.
- زيادة وضوح الاحتياج للتنسيق والتعاون مع مختلف المنظمات الحكومية والخاصة للتعامل بفاعلية مع الأنشطة الوقائية المتعلقة بمكافحة الأمراض، مثل أمراض الإيدز وسارس والأنواع الجديدة من الأنفلونزا، والتعامل مع الكوارث التي تحدث في المجتمع.

٤- القيم التنظيمية Organizational Values:

تتأثر القيم التنظيمية للمستشفى بتغير الزمن وبتغير العوامل البيئية الداخلية والخارجية للمستشفى، وتؤثر القيم التنظيمية بدورها على التصميم التنظيمي للمستشفى نظراً لتغير رسالة المستشفى والأدوار والأنشطة. ومن المتوقع أن تتحول القيم التنظيمية للمستشفى في المستقبل كما يلي:

- ازدياد التركيز على «العميل» مع تطبيق عمليات التشغيل التي تتمركز حول المريض.
- ازدياد استقصاءات قياس رضا العميل لتغيير نوعية الخدمات المقدمة.
- التركيز على إيجاد مجموعة حديثة وعريضة من المؤشرات لقياس الأداء.
- زيادة فهم قيمة الرعاية الصحية الموجهة للمجتمع.
- زيادة استخدام «الأدلة» (مثل مؤشرات مخرجات الرعاية الصحية) لتطوير الخدمات المقدمة للمجتمع.
- التركيز على مواجهة تحديات التحول من الرعاية الطبية التقليدية، وزيادة الرغبة في تجريب أنماط مستحدثة من الرعاية الصحية.
- نمو وتقدير قيمة ولاء العاملين للمستشفى.

- نمو قيمة البحث عن القادة بين العاملين خارج نطاق الهرم التنظيمي المعتاد، والذين يستطيعون قيادة عملية التغيير.
- نمو القيم التي تسهل أسلوب عمل الفريق، والتعاون مع شركاء غير تقليديين.
- نمو قيمة الحاجة لتكامل الخدمات الإكلينيكية والوظيفية.
- زيادة الاهتمام نحو خلق ثقافة سلامة المرضى وأخلاقيات المهنة.

٥- الموارد البشرية Human Resources:

- تؤثر الخصائص التي تميز الموارد البشرية العاملة في المستشفيات بدرجة كبيرة على قرارات التصميم التنظيمي للمستشفى، فعلى سبيل المثال يمكن أن تتعرض المستشفى لتأثيرات العمالة التالية:
- النقص الحاد في أعضاء هيئة التمريض في معظم التخصصات.
- التزايد الكبير في التركيز على تدريب العاملين على المهارات المترابطة في أكثر من تخصص بدلاً من التدريب التقليدي الحالي.
- التركيز على أسلوب عمل فرق العمل الأفقية (في نفس المستوى) والعمل التعاوني.
- الضغط الشديد لاستبدال العمالة رخيصة التكاليف بعمالة أخرى متخصصة أكثر تكلفة.
- استحواذ النساء على عدد أكبر من الوظائف الإدارية القيادية، مما يفرض ضرورة وجود مرونة أكبر في نظام العمل مثل تنظيم وقت العمل والمشاركة في نفس الوظائف.
- تعدد الثقافات والعرق (الأصل) نظراً لتعدد قوة العمل من بلاد العالم المختلفة.
- زيادة الحاجة إلى تجريب أساليب جديدة للعمل مثل الإدارة الذاتية، وإستراتيجيات إدارة الجودة الشاملة أو التحسين المستمر للجودة.
- النقص المتوقع في معظم عمالة التخصصات الطبية مثل: الصيادلة، ومتخصصي العلاج الطبيعي، والعلاج المهني.
- ازدياد الحاجة إلى مديرين محترفين لهم خلفية تدريبية في المجالات الإدارية المختلفة.
- ازدياد قوة المنظمات الصحية المهنية.
- الحاجة إلى تدريب كل المديرين في جميع المستويات الإدارية لفهم الإدارة الإستراتيجية والتوجه التسويقي.

- الضغط المتزايد لتنفيذ برامج التعليم المستمر المهني لجميع العاملين وخاصة من يمارسون عملاً إكلينيكياً.

٦- التنظيمات غير الرسمية Informal Organizations:

نتيجة لدرجة عدم التأكد التي توجد في بيئة المستشفيات، ولوجود لتنوع مجموعات العمل المختلفة بها، تظهر أهمية التنظيم غير الرسمي بالمستشفيات ولابد من الاستفادة من هذه الحقيقة. فالقادة غير الرسميين قد يكونون عاملاً مساعداً كبيراً للمديرين الرسميين في تحديد كيفية تغيير التصميم التنظيمي للمستشفى، وأيضاً في عملية توصيل الأفكار حول التغيير إلى العاملين في أسفل الهيكل التنظيمي للمستشفى والتصدي للإشاعات التي قد تعوق عمليات تطبيقه. فمن خلال الشبكة غير التنظيمية يمكن للمديرين تحديد أي قسم أو أي وحدة تنظيمية ستكون أقل استجابة للتغيير، وبالتالي يمكن إدماج أهم العاملين في هذه الوحدات أو الأقسام في عملية إعادة التنظيم.

الأدلة التنظيمية:

تكمل الأدلة التنظيمية التركيب التنظيمي للمستشفى أو أي منظمة أخرى، فهي تمثل خلاصة عملية التنظيم من حيث إنها محتوياتها تشمل إلى - جانب الخرائط التنظيمية - التوصيف الوظيفي للعاملين، وإجراءات العمل الخاصة بالوحدات التنظيمية. ويصف الدليل التنظيمي للمستشفى بصورة أساسية: الهدف العام لكل وحدة تنظيمية على حدة، ويبين ارتباطها التنظيمي، ومهامها التفصيلية. في حين توضح أدلة إجراءات العمل خطوات أداء العمل ومراحله، ولا سيما الإجراءات النمطية التي تتم في مختلف الوحدات في المستشفى.

ويهدف دليل إجراءات تنظيم العمل إلى توضيح الإجراءات والخدمات التي تتم في وحدة تنظيمية بالمستشفى بشكل مسلسل ومنظم، بمعنى أنه دليل تنظيمي وليس دليلاً للإجراءات الفنية للبرامج، حيث توجد أدلة أخرى فنية خاصة بتشخيص وعلاج الأمراض معروفة علمياً بمسمى «البروتوكولات» لهذا الغرض بالتحديد. وتعد الأدلة التنظيمية لتكون منهجاً موحداً لتجنُّب تعدد أساليب التنفيذ والاجتهادات الخاطئة، ومنعاً للازدواجية والالتباس بالنسبة لتقديم الخدمات. والدليل يحدد العلاقة بين المستشفى والمترددين عليها والمجتمع من ناحية، والعلاقة بين الوحدة التنظيمية بالمستشفى وجهات الإشراف بها ومستويات الخدمة الأخرى من ناحية أخرى.

ووفقاً لمنهج النظم تعتبر المستشـفى نظاماً اجتماعياً وإنسانياً مترابطاً، يتكون من عدة أنظمة إدارية فرعية متكاملة ومتناسقة لتحقيق الأهداف التي تنشدها المستشفى من عملها. ولإيضاح معظم ما تم مناقشـته في هذا الفصل بشـأن الخطوات العملية لتنظيم المستشـفيات سـوف يتم التعرض في الصفحات التاليـة بتفصيل أكثر لأحد النظم الفرعية بالمستشـفى وهو «نظام العيادات الخارجيـة» كمثال تطبيقي للتنظيم الفعلي بالمستشفى.

مثال تطبيقي:

نظام إدارة العيادات الخارجية [٣٠]:

مقدمة:

تركـز نظم الرعاية الصحية فـي العقود الحديثة على تدعيـم وتقوية نظام إدارة العيادات الخارجية نظراً لاكتسـاب تقديم خدمات العيادات الخارجية بالمستشـفيات أهمية متزايدة لحل مشـاكل تكلفة استخدام أسرة المستشفيات الباهظة، مع المحافظة على استمرارية تقديم الرعاية الصحية وجودتها، واستجابة المستشفيات لرغبة المرضى في الحصول على الرعاية الصحية بصورة أيسر وبتكلفة أقل.

قسم العيادات الخارجية:

تقـديم خدمات صحية وقائية وعلاجية وتأهيلية شـاملة وكافية وعالية المسـتوى بهدف تقليل حاجة المريض إلى الإقامة بالمستشفى إلى أقل حد ممكن، على أن يتم ذلـك على نحو يوفي بالاحتياجات الصحية للمترددين وتوقعاتهم، ويسـهم بصورة فعالة في الرقي بوضعهم الصحي، وبتكلفة معقولة يمكنهم تحملها.

أهداف قسم العيادات الخارجية:

- دعم وتقوية علاقة المجتمع بالقسم من خلال تقديم الخدمات التي يحتاج إليها المجتمع في أفضل صورة ممكنة.
- توسيع نطاق الخدمات بما يسمح بتقليص الحاجة إلى الإقامة بالمستشفى أو التحويل لمستشفى أخرى إلى أدنى حد ممكن.
- تحقيق الاستفادة المثلى من العاملين والموارد المتاحة بالقسم.
- الوصول إلى الحد الأمثل لتكلفة الخدمات بالعيادات الخارجية.
- العمل على زيادة حجم مشاركة القسم في تحقيق أهداف المستشفى.
- تقديم خدمات صحية متنوعة ومناسبة ومرتفعة المستوى بالعيادات الخارجية لتغطية احتياجات المجتمع الصحية.
- تقليل وقت انتظار المترددين إلى الحد الأدنى.
- التأكد من استقبال المرضى ومعالجتهم في جو يتيح مبدأ الخصوصية.
- تقديم الخدمات بفعالية وكفاءة ومن خلال التحكم في التكلفة.
- الاتصال والتنسيق بفعالية مع أقسام المستشفى الأخرى.
- اجتذاب والمحافظة على العاملين ذوي الكفاءة والخبرة وضمان استمرارية تعليمهم وتدريبهم.

مكونات (وظائف) قسم العيادات الخارجية:

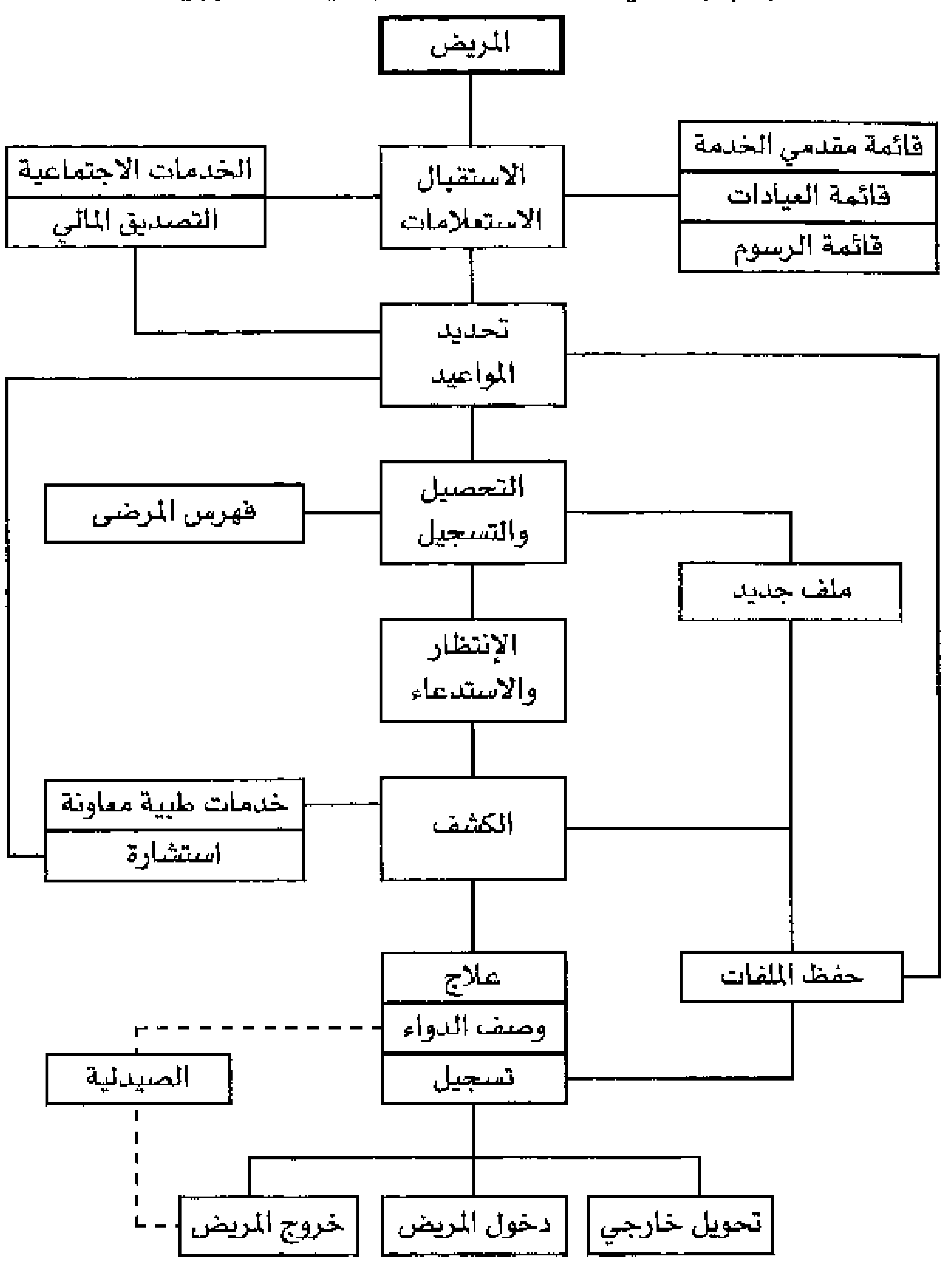
- الاستقبال والاستعلامات.
- تنظيم العمل والمواعيد.
- تحصيل الرسوم.
- الانتظار والاستدعاء.
- تقديم الخدمة الطبية للمترددين.
- التسجيل وحفظ الملفات والإحصائيات.
- التحويل.
- مكافحة العدوى والمحافظة على صحة البيئة.

- السلامة والأمن.
- المراقبة والتقويم.
- الوظائف الإدارية.

والشـــكل التالي رقم (٤-١٠) يوضح مسار تدفق نشاطات قسم العيادة الخارجية، الذي يبدأ من دخول المريض القسم وينتهي بخروجه منه، أو بدخوله الأقسام الداخلية بالمستشـــفى، أو بتحويله لمستشـــفى أو مركز تخصصي آخر. ويتم القيام بالأنشـــطة الســـابقة من خلال سياســـات وإجراءات محددة ومكتوبة تنظم عمل وإدارة النشـــاط المعين المخطط تأديته، ولا يترك الأمر للصدفة أو للاجتهادات الفردية.

وســـوف يتم اختيار المكون الأول أو أول أنشـــطة قســـم العيـــادات الخارجية وهو «الاســـتقبال والاســـتعلام» لتوضيحه بتفصيل أكثر فيما يلي، ليكون مثالاً للمنهج الذي يتم اتباعه بالنسبة لبقية الأنشطة التي يقوم بها قسم العيادات الخارجية.

شكل رقم (٤-١٠)
رسم توضيحي لمكونات ونشاطات قسم العيادات الخارجية



الاستقبال والاستعلام:

السياسة:

توفير نظام للاستقبال والاستعلامات بقسم العيادات الخارجية يكون قادراً على تلبية طلبات المرضى والرد على استفساراتهم.

الإجراءات:

١- استقبال المرضى وتقديم المعلومات لهم:

- يتم توجيه المريض من مدخل العيادات الخارجية إلى مكان مكتب الاستقبال والاستعلامات.
- يقوم كاتب الاستقبال والاستعلامات باستقبال المريض وإخباره بالمعلومات التالية:
  - الخدمات المتوافرة والمواعيد الخاصة بها.
  - أسماء وتخصصات مقدمي الخدمة.
  - رسوم الخدمات.

٢- تصنيف المرضى الجدد والمترددين:

- يقوم كاتب الاستقبال والاستعلامات بتصنيف المرضى إلى الفئات التالية:
  - مرضى جدد.
  - مرضى سبق لهم التردد على العيادات الخارجية.
  - مرضى سبق لهم دخول المستشفى.
- يقوم كاتب الاستقبال والاستعلامات بعد ذلك بتصنيف المرضى وفقاً لقدرتهم على دفع رسوم الخدمات وذلك على النحو التالي:
  - مرضى قادرون على دفع الرسوم المستحقة.
  - مرضى غير قادرين على الدفع.
  - مرضى يحملون خطابات مالية (من شركات التأمين أو الشركات المتعاقدة مع المستشفى) تسمح لهم بالحصول على الخدمات.

- يقوم كاتب الاستقبال والاستعلامات بتوجيه المريض الجديد القادر على دفع الرسوم إلى كاتب المواعيد.
- يقوم كاتب الاستقبال والاستعلامات بتوجيه المريض الجديد غير القادر على دفع الرسوم إلى مكتب الخدمة الاجتماعية.
- يقوم مكتب الخدمة الاجتماعية بإجراء دراسة اجتماعية لتحديد مدى أحقية المريض في الإعفاء من دفع الرسوم.
- يقوم مكتب الخدمة الاجتماعية بتسجيل النتائج في سجل الخدمة الاجتماعية، ويمنح المريض بطاقة خدمة مجانية لمدة محددة (سنة واحدة أو ستة أشهر).
- يتم بعد ذلك توجيه المريض إلى كاتب المواعيد.
- يتم توجيه المريض الجديد الحامل لخطاب مالي يسمح له بالحصول على الخدمة إلى الشخص المخول له بالموافقة وفقاً للوائح المستشفى.
- يقوم الشخص المخول له بإعطاء الموافقة بتسجيل جميع المبالغ المستحقة الدفع مقابل الخدمة المطلوبة وفقاً لترتيبات تعاقدية مع الطرف الثالث المتحمل للتكاليف.
- يتم بعد ذلك توجيه المريض إلى كاتب المواعيد.
- يتم توجيه المريض الذي سبق له دخول المستشفى والذي يحضر لمتابعة حالته وفقاً لنصيحة الأطباء وبناءً على موعد محدد له إلى المحصل لدفع الرسوم المستحقة.
- يتم توجيه المريض الذي سبق له دخول المستشفى والذي يحضر لمتابعة حالته وفقاً لنصيحة الأطباء ولكن بدون موعد سابق إلى كاتب المواعيد.
- يتم توجيه المريض الذي سبق له دخول المستشفى والذي يعاني شكوى جديدة إلى كاتب المواعيد.

العلاقة مع الأقسام والإدارات الأخرى:

يتولى مدير العيادات الخارجية مهمة التأكد من قيام العاملين بالاتصال المتبادل والفعال بجميع الأقسام والإدارات الأخرى المعنية بالمستشفى.

الإدارة الأعلى المسئولة عن العيادات الخارجية:

- مراقبة مؤشرات الأداء الخاصة بقسم العيادات الخارجية.
- تلقي التقارير والاقتراحات.
- توصيل المعلومات المناسبة والمطلوبة.
- تسهيل عملية التعليم والتدريب للعاملين.

الإدارة المالية:

- الميزانيات والحسابات.
- توزيع الشيكات الخاصة برواتب الميزانيات.
- التعامل مع الإيرادات الناتجة عن تقديم الخدمات.
- إعداد وإصدار التقارير الخاصة بالتكلفة والإيرادات.
- اعتماد بنود الصرف.
- مراجعة قوائم المرضى الذين لهم أحقية تلقي خدمة العيادات الخارجية.

الهيئة الطبية:

تنسيق برنامج رعاية المرضى فيما يتعلق ببيانات تاريخ المرض ، والفحوص الطبية والوصفات الطبية، ونواتج العلاج. كما تقوم الهيئة الطبية بالمشاركة في تطوير مواد التوعية الصحية.

خدمات المرضى:

تنسيق خدمات الرعاية للمرضى وتنظيم الأنشطة الأخرى المتعلقة برعاية المرضى.

السجلات الطبية:

وضع السياسات الخاصة بتسجيل البيانات المتصلة بخدمات العيادات الخارجية، وكذلك البيانات الخاصة بمتابعة المرضى.

مكتب الدخول:

اعتماد قائمة المرضى الذين تقر دخولهم المستشفى من خلال قسم العيادات الخارجية.

قسم المختبر:

تحليل بيانات المعمل الخاصة بمرضى العيادات الخارجية.

قسم الأشعة:

تحليل بيانات الأشعة الخاصة بمرضى العيادات الخارجية.

الصيدلية:

صرف العقاقير الطبية لمرضى العيادات الخارجية.

إدارة المواد:

تتولى إجراءات تقديم العطاءات وإصدار أوامر شراء/تقديم المنتجات وفقاً للمواصفات المحددة، وتجهيز جميع المواد وإمداد قسم العيادات الخارجية بها.

التسويق والعلاقات العامة:

تسهيل تغطية الأحداث والأخبار الصحية، وتسهيل إعداد المواد التسويقية التي تشجع على الاستفادة من خدمات العيادات الخارجية، وتوجيه السكان المستهدفين لخدمات العيادات الخارجية.

الأمن:

توفير متطلبات السلامة والأمن بقسم العيادات الخارجية، والتحقيق في المشاكل والحوادث المتعلقة بالأمن.

إدارة الصيانة:

تركيب وصيانة وإصلاح المعدات والأجهزة الموجودة بالقسم، وضمان وجود التجهيزات الكهربائية الكافية.

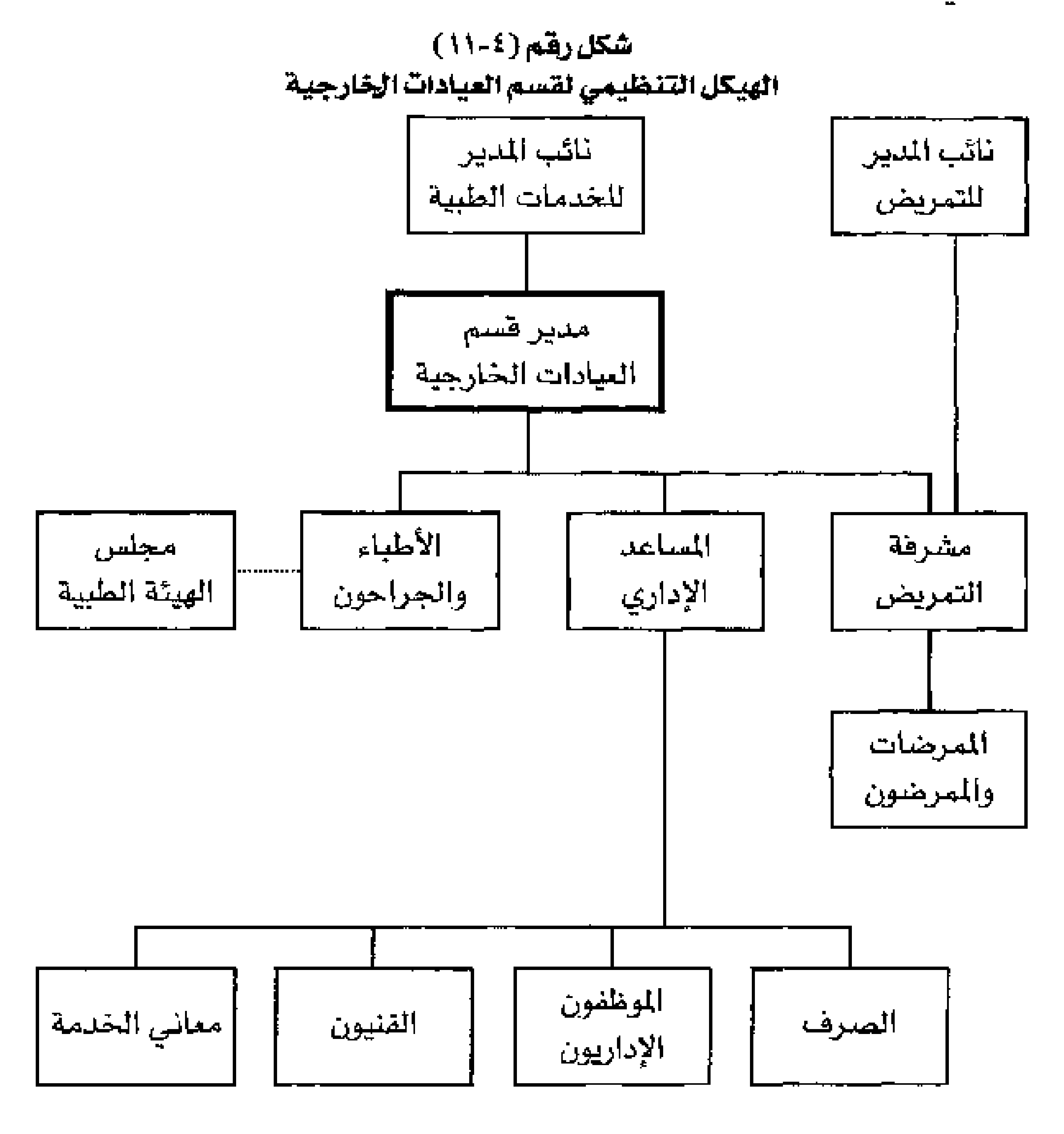
إدارة الموارد البشرية:

متابعة التغيرات التي تطرأ على عدد ونوعية العاملين بالقسم، واستخدام موظفين جدد، وفرز طلبات التوظيف، وتقديم المساعدة في كل ما يتعلق بالعلاقات الوظيفية للعاملين.

الهيكل التنظيمي لقسم العيادات الخارجية:

يوضح الشكل التالي رقم (٤-١١) الهيكل التنظيمي لقسم العيادات الخارجية، والعلاقات بين العاملين فيه، وتبعيتهم الوظيفية، والعلاقة مع الهيئة الطبية بالمستشفى كما يلي:

شكل رقم (٤-١١)
الهيكل التنظيمي لقسم العيادات الخارجية



التوصيف الوظيفي للعاملين بقسم العيادات الخارجية:

التوصيف الوظيفي عبارة عن وصف وتحديد مفصل لوظيفة معينة يوضح فيه اسم الوظيفة، والقسم الذي تتبعه، والعلاقات التنظيمية للوظيفة، والغرض من الوظيفة، ومهام ومسئولياتها، والمؤهلات والخبرة العملية والمعارف والقدرات التي يتطلبها شغل الوظيفة.

وسوف يتم التعرض فيما يلي للتوصيف الوظيفي لوظيفة مدير قسم العيادات الخارجية؛ ليصبح مثالاً لبقية الوظائف التي تتبع قسم العيادات الخارجية:

اسم الوظيفة: مدير العيادات.

القسم: العيادات الخارجية.

العلاقات التنظيمية:

يخضع لإشراف: نائب مدير المستشفى للخدمات الطبية.

يشرف على: العاملين بالعيادات الخارجية.

علاقات العمل: المرضى والهيئة الطبية والتمريض.

الغرض الأساسي من الوظيفة:

التخطيط ووضع وإدارة جميع مراحل تشغيل العيادات الخارجية، مع التأكد من الالتزام بالأهداف الموضوعة، وتحقيق الرعاية المرغوب فيها للمرضى ومستوى الجودة المطلوب، وبما يحقق تطبيق القواعد الإكلينيكية المتعارف عليها.

المهام والمسئوليات:

- وضع غايات القسم وأهدافه، وإعداد ووضع اللوائح والإجراءات وبرامج الجودة ومستويات السلامة ومعايير مكافحة العدوى الخاصة بالقسم.
- الإشراف وتنسيق عملية إعداد ميزانية تشغيل جميع العيادات الخارجية، والتوصية بها لدى نائب مدير المستشفى للخدمات الطبية، والتأكد من القسم يعمل في حدود الميزانية المعتمدة.
- إعداد الإحصائيات وتقارير القسم الدورية والسنوية، ورفعها إلى الإدارة العليا للمستشفى كلما لزم الأمر.
- إدارة وتنسيق جميع الأنشطة الإكلينيكية الطبية والإدارية بالعيادات الخارجية.

- التنسيق مع المشرف أو المشرفة عن التمريض بالعيادات الخارجية بشأن العمالة التمريضية ومشاكل التشغيل.
- التأكد من أن جميع العاملين بالعيادات الخارجية ملتزمون بمستويات الجودة والتحكم في العدوى للمستشفى.
- مراقبة الأداء الإكلينيكي لجميع العيادات الخارجية، وتقييم أساليب وكفاءة الإجراءات ونتائج تطبيقها.
- مراجعة وتعديل الكتيبات الإرشادية للسياسات والإجراءات حتى تعكس المستويات الطبية المتجددة.
- وضع وإعداد النظام الإداري للعيادات، وجدول عمل العاملين بها، والتأكد من توافر العدد الكافي من العاملين في جميع المناوبات، وقياس الوقت الذي يقضيه الطبيب مع المريض ومقارنته بالاحتياجات الفعلية للمريض وحالته المرضية.
- التعاون مع الأطباء وأفراد التمريض في اختيار ووضع خدمات الرعاية الطبية.
- المساعدة في إعداد وترتيب عقد الدورات التدريبية والتعليمية داخل العيادات الخارجية لتحسين معرفة ومهارات الأطباء وأفراد التمريض.
- المشاركة في اللجان الإدارية والطبية بالمستشفى كلما لزم الأمر.
- القيام بما يكلف به من أعمال أخرى تتعلق بعمل العيادات الخارجية.

الحد الأدنى من المؤهلات لشغل الوظيفة:

- بكالوريوس الطب والجراحة.
- درجة الماجستير في الأمراض الباطنية أو أحد فروع التخصص الطبي.

الخبرة العملية:

- خبرة عملية لا تقل عن عشر سنوات في الممارسة الإكلينيكية.
- وجود خبرة إشرافية سابقة.

المعارف والقدرات:

- المعرفة بالمهارات الإدارية والقيادية وبالمبادئ العامة والإشراف.
- القدرة على التعامل مع المرضى والهيئة الطبية والتمريضية.
- المعرفة بالمبادئ الأساسية للماليات ومبادئ إعداد الميزانية.
- المعرفة بالقوانين والقواعد المتعلقة بتشغيل المستشفيات.

مراجع الفصل الرابع:

١- البكري، ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار اليازوردي العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٥م. الصفحات ٢١-٢٣.

٢- علي، زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٨م. ص ٨.

٣- مشرف، رشاد أحمد، دراسة العمل كأساس لرفع كفاءة أداء الخدمات الصحية: دراسة نظرية مع التطبيق على مستشفى الحسين الجامعي، بحث للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، جامعة الأزهر، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨١م، ص ١١ .

4- Schulz R. & Johnson, Management of Hospitals, McGraw-Hill Book, U.S.A., 1976. P. 38.

5- American Hospitals Association, Classification of Health Care Institutions, Chicago, U.S.A., 1974. P.10 .

٦- منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية - رقم ٣٩٥، منظمة الصحة العالمية، جنيف، ١٩٨٠م. ص ٦.

٧- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم، دار النهضة العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩١م. الصفحات ٣٤-٣٥.

8- Mac Eachern , Hospital Organization and Management, Physician Record Co., Berwyn, Illinois, U.S.A., 1982. P. 32 .

٩- علي، زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، ١٩٨٨م. مرجع سبق ذكره، ص ١٦١.

١٠- الساعاتي، عبد الإله، مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٠هـ. الصفحات ٣١-٣٥.

١١- الغرفة التجارية الصناعية بجدة، الإدارة في المستشفيات الخاصة: دراسة تحليلية، مركز البحوث، بحث رقم (٤)، سلسلة بحوث المعرفة، جدة، المملكة العربية السعودية، ربيع أول ١٤٠٤هـ. ص ١٤.

١٢- غنيم، أحمد محمد، إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة، المكتبة المصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٥م. الصفحات ٣٠-٤٠.

١٣- النجار، فريد راغب، وآخرون، إدارة المستشفى المصري: الاتجاهات الحالية والمشكلات، دراسة ميدانية، الجهاز المركزي للتنظيم والإدارة، الإدارة المركزية للبحوث، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٣م، ص ٨.

١٤- جاد الرب، سيد محمد، تنظيم وإدارة المستشفيات: مدخل النظم، ١٩٩١م، مرجع سبق ذكره، ص ٣٧.

١٥- غنيم، أحمد محمد، إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة، ٢٠٠٥م، مرجع سبق ذكره، الصفحات ١٢١-١٢٤.

16- Ministry of Health, Cost recovery for health project, Principles of Management, Module I, Cairo, Arab Republic of Egypt, 1996. PP. 2-5

17- Hodge, B. J. and Anthony W. P., Organization Theory: A Strategic Approach, 4th edition, Allyn and Bacon, Boston, Mass., U.S.A., 1991. PP. 124-127.

18- Robbins, Stephen, Organization Theory: Structure, Design and Application, 3rd ed., Englewood Cllifs, N. J., Prentice-Hall Inc., 1990. PP. 230-233.

19- Hill, T. and Westbrook, R., SWAT Analysis: It's time for a product recall", Long Range Planning, Vol. 30, no. 1, 1997.

20- Retrieved from "http://en.wikpedia.org/wiki/PEST-analysis".

21- Shortell, Stephen M. and Kaluzny, Arnold D., Health Care Management: Organization Design and Behavior, 5th Edition, Thomson, Delmar Learning, N. Y., U.S.A., 2006. P. 316.

٢٢- حريم، حسين، إدارة المنظمات: منظور كلي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٣م، صفحة ١٠٨.

23- Kimberly, J. R., The anatomy of organizational design, Journal of Management, 10 (1), 1984. PP. 109-129.

24- Shortell, Stephen M. and Kaluzny, Arnold D., Health Care Management, op. cit, PP. 328-336.

٢٥- الأحمدي، طلال بن عايد، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٥هـ. الصفحات ٨٥-٨٩.

26- Heyssel, R. and others, Decentralized management in a teaching hospital, New England Journal of Medicine, may 1984 210 (22), 1477-1480.

27- Scott, W. R., Organizations: Rational, natural and open systems, 5th ed., Upper Saddle, Prentice Hall, N. J., U.S.A., 2003. P. 242.

28- Stein, B. A., and Kanter, R. M., Building the parallel organization: Creating mechanisms for permanent quality of work life, Journal of Applied Behavioral Science, 1980. 16, 371- 386.

29- Shortell, Stephen M. and Kaluzny, Arnold D., Health Care Management, op. cit., PP. 336-339.

٣٠- وزارة الصحة، نظام إدارة العيادات الخارجية: نظم المستشفيات، وزارة الصحة، مشروع تطوير المستشفيات - هيئة المعونة الأمريكية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، إبريل ١٩٩٥م.

الفصل الخامس
الإدارة العليا للمستشفى

تمهيد:

الإدارة العليا تعني أو تشير إلى الجهة أو الشخص الذي من حقه اتخاذ القرارات الرئيسية والإجراءات واستخدام الموارد ضمن حدود معروفة نتيجة للاختصاصات والتخصص الرأسي في عملية الإدارة. ومن المعروف أنه في أي منظمة أو مجهود بشري منظم يهدف لتحقيق أهداف تنقسم فيه موارده البشرية إلى مجموعتين أساسيتين منظمتين لأداء الأعمال هما المديرون والمنفذون. وكلما كبرت المنظمة احتاجت إلى مجهود إداري أكبر في قيادتها وبالتالي يظهر دور المديرين المساعدين، وتظهر الحاجة إلى ما يسمى بتعدد المستويات الإدارية والتي تعارف على تجزئتها إلى ثلاثة مستويات أساسية هي: الإدارة العليا، والإدارة الوسطى، والإدارة التنفيذية. وتمثل الإدارة العليا - سواء كانت منتخبة أو معينة - السلطة النهائية صاحبة المصلحة أو مالكة المنظمة.

والإدارة العليا بالمستشفيات هي التي تقوم باتخاذ القرارات المتعلقة بالرؤية الإستراتيجية للمستشفى، ونوعية الخدمات الصحية التي تحتاج إليها المجتمعات المحلية، والعمل على تخصيص الموارد وتحريكها لتقديم وتوصيل هذه الخدمات، وذلك بغرض إحداث التوازن المطلوب لتنفيذ السياسات المنشودة، والتحرك في إطار قانوني يدعم تقديم خدمات صحية تتسم بالعدالة والمساواة الفاعلية والكفاءة. ويأخذ تنظيم الإدارة العليا في المستشفيات أشكالاً مختلفة، فهي عادة ما تمثل بمجلس الأمناء في المستشفيات التي لا تهدف للربح، وبمجلس إدارة المستشفى في المستشفيات الخاصة أو المستشفيات التي تهدف للربح أو المستشفيات التي تمثل شركات مساهمة [1]. ويختلف دور الإدارة العليا بالمستشفى وأهميتها من مجتمع إلى آخر تبعاً لطبيعة النظام الصحي وخصائصه في المجتمعات المختلفة، وبدرجة التعقد لأنشطته المختلفة، وبنوعية المستشفى من حيث ملكيته للحكومة أو للقطاع الأهلي (الخاص). فقد تكون الإدارة العليا للمستشفى هي المهيمنة بحق على كل أمور المستشفى في مجتمع ما، أو تكون لها مجرد الصفة الاستشارية في مجتمع آخر، أو تتواجد بصفة صورية في مجتمع ثالث. ففي المستشفى الحكومي على سبيل المثال لا تمثل الإدارة العليا

للمستشفى عادة السلطة النهائية، بل تتدرج السلطة تصاعدياً من مدير المستشفى إلى مجلس إدارة المستشفى، ثم إلى مدير الشئون الصحية، المسئول أمام وكيل وزير الصحة، لتنتهي عند وزير الصحة.

ويشمل تشكيل الإدارة العليا في المستشفى (مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة) في العادة أعضاء ممثلين للمساهمين، أو ذوي الخبرة، أو ذوي المصلحة في المستشفى مثل الأعضاء الممثلين للمجتمع الذي تخدمه المستشفى، بطبيعة أن المجتمع هو في الأساس المستفيد والممول لخدمات المستشفى، ولذا يكون من المنطقي توصيل آراء واحتياجات المستفيدين إلى متخذي القرارات بالمستشفى بصورة حقيقية وفعالة. هذا إلى جانب ممثلين للعاملين بالمستشفى كما هو الحال في بعض الدول [٢]، لأن تمثيل بعض العاملين بالمستشفى في الإدارة العليا له يضمن توصيل وجهة النظر الفنية والوظيفية لهم وتمثيل مصالحهم بصورة واقعية. وأبلغ تمثيل للعاملين بالمستشفى وللنواحي الفنية الصحية والطبية والتخصصية يتمثل من خلال هيئة الأطباء.

ويغض النظر عن تسمية الإدارة العليا في المستشفى (مجلس الأمناء، مجلس الإدارة، مجلس المحافظين، أو غيرها) فإنها تحتل قمة الهيكل الإداري به، وتتمتع بصلاحيات وسلطات ومسئوليات محددة، وبهدف تقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية الطبية. وللقيام بهذه الواجبات يفوض المجلس بعض سلطاته الفعلية والصلاحيات المناسبة لإدارة وتشغيل المستشفى لمدير تنفيذي يختاره المجلس ويكون مسئولاً أمام المجلس عن إدارة المستشفى وتحقيق الأهداف المرسومة له. ويمكن لمدير المستشفى الاستعانة بمدير مساعد أو أكثر لمساعدته في مهامه الإدارية [٣].

وسوف نتعرض في هذا الفصل إلى طبيعة وتكوين وسلطات ومسئوليات وعلاقات الإدارة العليا للمستشفيات كما يلي:

أولاً - مجلس أمناء المستشفى Board of Trustees:

مفهوم وأهمية مجلس الأمناء:

يعتبر مجلس الأمناء الجهة المسئولة عن الرؤية الشاملة لأنشطة المستشفى الذي لا يهدف للربح، أياً كان وضعه، مؤسسةٌ ضخمة أو مستشفىً خيرياً محلياً صغيراً. وعادة ما يتكون هذا المجلس من مجموعة من الأفراد (يُراوح عددهم بين ٥ و ٢٠ عضواً) [٤] يشكلون السلطة المهيمنة على المستشفى، وعليهم تقع المسئولية الأساسية

الكاملة عن كل ما يتعلق بمصالح المجتمع لدى المستشفى. ومجلس الأمناء لا يدير المستشفى ولكنه يملك السلطة من خلال وضع السياسات التي تحكم مسار المستشفى، والتوجيه المستمر لعمليات التخطيط والتنفيذ والتقويم لكل ما يؤدي فيها من خدمات وبرامج. أي أن مجلس الأمناء هو السلطة العليا التي تقرر للمستشفى كيف تنظم نفسها لمواجهة احتياجات المجتمع، ولذلك يعتمد نجاح المستشفى إلى حد كبير على اختيار أعضاء لمجلس الأمناء يمثلون ويتجاوبون مع المجتمع الذي تنبع منه وتخدمه المستشفى. ومن هذا المفهوم يعتبر مجلس الأمناء نوعاً من المشاركة في مجال الرعاية الصحية حيث يتولى المجتمع التحكم في الخدمة الصحية، وطرق تقديمها، ومستواها من خلال تواجده في السلطة العليا للمستشفى، وهو في الوقت نفسه تطبيق عملي للامركزية الإدارية في إدارة المستشفيات، ووسيلة أو أداة لوضع النظم واللوائح التي تسمح للمستشفى بحرية الحركة والمرونة في تحقيق ما يتطلبه المجتمع من رعاية صحية تسهم فيها المستشفى. ولذلك يواجه مجلس الأمناء تحديات كبيرة للاضطلاع بهذه المسئولية من أهمها: البحث عن بدائل تمويلية لمواجهة احتياجات ومتطلبات المجتمع الصحية وتنفيذها من خلال خدمات المستشفى، وتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية ومتاحة ومقبولة ويقدر على دفع تكلفتها المجتمع والأفراد، والتعامل الجيد مع إدارة المستشفى (مدير المستشفى) لتوفير المناخ المناسب لانسيابية وفاعلية وكفاءة العمل اليومي للمستشفى.

ولمواجهة هذه التحديات يجب أن يضع مجلس الأمناء نصب عينيه أهمية العمل المنظم والمخطط للتغلب على هذه التحديات ومواجهتها من خلال: إيجاد البدائل التمويلية المناسبة لتنفيذ أنشطة المستشفى، وتحديد الأولويات لتخصيص الموارد المتاحة، والعمل المستمر للتأقلم والتوافق مع المتغيرات البيئية المختلفة، واتباع أسلوب إدارة الأعمال في تقديم الرعاية الصحية، وتأكيد جودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة والعمل على تحقيق رضاء المرضى، وتشجيع الخدمات والمبادرات التطوعية من قبل المجتمع.

تنظيم مجلس الأمناء:

أعضاء مجلس الأمناء هم الأمناء على حقوق المجتمع ولذلك يعملون على تحقيق المستشفى لاحتياجات المواطنين الصحية. ولذلك يتم تشكيل مجلس الأمناء من مجموعة من الأعضاء إما بالاختيار أو التعيين ممن تتوافر فيهم شروط الخبرة والمعرفة الإدارية والحرص على مصالح أصحاب الحق في المستشفى. وللاسترشاد

يمكن وضع بعض المعايير التي يمكن على أساسها اختيار أصلح الأعضاء للاضطلاع بمهام الدور المطلوب من عضو مجلس الأمناء، وأهم هذه المعايير هي:

- مكان السكن ومدى أهميته وتواجده في مجتمع المستشفى.
- يؤمن بمبدأ تغليب المصلحة العامة في مسألة تعارض المصالح.
- التمتع بخبرة عملية أو علمية في بعض أو أي من المجالات التالية: الإدارة المالية، الخبرة الإكلينيكية الطبية أو الخبرة في مجال إدارة المستشفيات، السياسات الحكومية، المفاهيم التسويقية، الخبرة التشريعية، إدارة الهيئات أو إدارة الأعمال، المعرفة بالمجتمع واتجاهاته من حيث الخصائص السكانية، ومعرفته بالأشخاص الذين يمكنهم مساعدة المستشفى في المجالات المختلفة.
- الرغبة في خدمة المستشفى والمجتمع.
- التمتع بالسمعة الطيبة والوضع الاجتماعي المناسب.

كما يمكن أن يحدد سلفاً – إلى جانب الشروط أو المعايير السابقة – الوضع الوظيفي أو المهني أو المكانة لمن يمكن أن يكون عضواً بمجلس الأمناء لضمان التمثيل الجيد لأصحاب المصلحة في المستشفى، وخاصة في المستشفيات الحكومية التي تريد أن تعمل بمفهوم إدارة الأعمال [٥]. ولتضييق دائرة الاختيار يمكن أن يتم تشكيل مجلس الأمناء من الأعضاء التاليين:

- ممثل للقطاع الصحي مثل مدير الشئون الصحية (أو أحد مساعديه): فهو يتمتع بالدراية الكافية باحتياجات المجتمع ولو حتى بصفة رسمية، وهو المسئول عن تخطيط وتكامل الخدمات الصحية للمجتمع والتي من ضمنها المستشفى، وهو ينفذ السياسة الصحية العامة للدولة والقوانين المنظمة لتنفيذ هذه السياسات.
- مدير المستشفى: بصفته المنفذ لسياسات مجلس الأمناء، ومصدر المعلومات عن كل ما يتعلق بالمستشفى.
- رئيس هيئة الأطباء: وله خبرة إكلينيكية، وعلى اتصال رسمي وغير رسمي بجميع أعضاء الهيئة الطبية، وهو مسئول معهم عن جودة الخدمات الطبية.
- عضو ممثل عن جمعية الأطباء: بصفته ممثلاً عن فئة الأطباء ومصالحهم وهم الذين يقدمون الخدمة الطبية، وفي الوقت نفسه لديه مسئولية اجتماعية تجاه المجتمع.

- ممثـل للمجالس الشـعبية: وهو يمثل المجتمع المحلي بصفته عضـواً منتخباً عنه، ومهمته عرض التوقعات المستقبلية عن الخدمة، ومؤشرات رضاء المجتمع عن جودة وتكلفة وأسـلوب تقديم الخدمة، وهـو مصدر من مصادر السياسـة العامة للدولة لتوجيه سياسة المستشفى بما يتمشى مع التوجهات العامة للدولة.
- ممثلـون لرجال الأعمال: لما يتمتعون به من خبـرة إدارية في مجال إدارة الأعمال، ووضع السياسـات الاقتصادية، والمسـاهمة في إيجاد مصادر تمويل مختلفة وبديلة لتمويل خدمات المستشفى.
- أحد الخبراء: في مجال الرعاية الصحية كعميد كلية الطب أو رئيس أحد الأقسام التخصصيـة بها، أو أحد قدامى الأطبـاء أو المديرين في مجال الرعاية الصحية أو إدارة المستشفيات.
- عضـو قانوني: بصفتـه مرجع وصاحب خبـرة قانونية لمراجعة قـرارات المجلس وحيثياتها وسلامتها من الناحية القانونية.

وظائف ومسئوليات وأدوار مجلس الأمناء [٦]،[٧]،[٨]،

الوظيفـة الأساسـية لمجلس الأمناء هي تحمل مسـئولية ضمـان تحقيق أهداف المستشـفي، أما بقية مسـئوليات المجلـس فتأتي من خلال اللوائـح الداخلية. وتنبع مسـئوليات مجلس الأمناء من فهم متطلبات المجتمع الصحية وتبني فلسـفة ورسالة المستشـفى، مع الأخذ في الاعتبار توصيات اللجنـة التنفيذية للمجلس (إحدى لجان المجلـس المهمة)، ورئيـس مجلس الإدارة (مدير المستشـفى) ورؤسـاء اللجان (لجان المستشفى) في مجال أعمالهم. وتتحدد هذه المسئوليات في النواحي التالية:

- المجلس هو المسئول الأساسي والنهائي في وضع وتدعيم وتقرير السياسات المعمول بها في المستشفى، وتطويرها عندما تنشأ ظروف تحتم ذلك.
- يقوم مجلس الأمناء بدوره في إعداد اللوائح الداخلية الخاصة بالمجلس وبالمستشفى، وهـي التـي تحدد إجراءات تنفيذ الأعمـال، وتكوين اللجـان. وللمجلس الحق في مراجعة واقتـراح وتعديل هذه اللوائح بهدف تمكين المستشـفى من تحقيق أهدافه المنشودة.
- مراجعة واعتماد رؤية ورسـالة المستشـفى (التي تحدد السياسات)، وتعيين قيادات المستشفى (المدير ورئيس هيئة الأطباء ورؤساء الأقسام وأعضاء مجلس الإدارة.
- مراجعة واعتماد الخطة الإستراتيجية للمستشفى.

- مراجعة واعتماد الهيكل التنظيمي المناسب للمستشفى (وما يتعلق بذلك من تحديد خطة العمالة اللازمة، والامتيازات الخاصة بالأطباء، ومتطلبات برنامج الجودة الشاملة).
- متابعة وتقييم خدمات المستشفى وجودة الرعاية.
- متابعة وتقييم أداء مدير المستشفى كرئيس لمجلس الإدارة.
- متابعة وتقييم واعتماد ميزانية المستشفى وأدائه المالي.
- متابعة وتقييم والحفاظ على علاقة المستشفى الإيجابية بالمجتمع.
- التوجيه المستمر لعمليات التخطيط والتنفيذ والتقييم لجميع برامج وخدمات المستشفى.
- اعتماد جميع أعمال اللجنة التنفيذية التي تمت باسم المجلس.

ومما سبق تتضح أهم المسئوليات التي يقوم بها مجلس الأمناء في النواحي التالية:

- المسئولية تجاه البرامج والخدمات: مجلس الأمناء هو المسئول عن اعتماد الخطط طويلة الأجل، وإعداد السياسات، والتوجيه لأسلوب تنفيذ البرامج والخدمات، وتقييم النتائج.
- المسئولية تجاه التنظيم وإعداد الموارد البشرية: مجلس الأمناء مسئول عن تبني خطة تنظيم المستشفى، وتعيين القيادات، وتعيين أعضاء اللجان، وتعيين وتقييم أعمال مدير المستشفى، وتقييم مدى استمرارية وفاعلية تنظيم المستشفى وإمكاناته البشرية.
- المسئولية تجاه هيئة الأطباء: مجلس الأمناء مسئول عن تعيين وإعادة تعيين واعتماد منح المزايا لأعضاء الهيئة الطبية، والتأكد من توافر الهيكل التنظيمي المناسب لتحقيق الأهداف التي تم وضعها من قبل، ومراجعة واتخاذ القرار النهائي بالنسبة للالتماسات المقدمة من أعضاء هيئة الأطباء في حالة إنهاء خدماتهم، واعتماد اللوائح الداخلية لهيئة الأطباء، واعتماد تعيين رئيس هيئة الأطباء.
- المسئولية تجاه جودة الرعاية المقدمة: مجلس الأمناء مسئول مسئولية كاملة عن جودة الرعاية المقدمة من المستشفى، وعن اعتماد خطة إدارة الجودة الشاملة والتأكد من أن المستشفى لديه الطريقة المناسبة لمتابعة وتقييم جودة الخدمات، وتحديد وحل المشاكل وإيجاد الفرص لتحسين جودة رعاية المترددين على المستشفى.

وكذلك العمل على وجود آلية تضمن المساواة في مستوى الخدمة المقدمة للمترددين على المستشفى، والعمل على توفير الموارد والنظم المساعدة لضمان الجودة وإدارة المخاطر فيما يتعلق برعاية المرضى.

- المسئولية تجاه الأعمال المالية: مجلس الأمناء مسئول مسئولية كاملة عن السلامة المالية ومدى نجاح المستشفى في استغلال مواردها، وعن استخدام الميزانية السنوية للتشغيل وحركة رأس المال، واستلام ومراجعة التقارير المالية الدورية، والتقارير المالية للمراجعين من خارج المستشفى، وتفويض إدارة المستشفى بالسلطات المالية المناسبة واللازمة لتنفيذ العمليات المالية الضرورية في حينه.
- المسئولية تجاه أصول المستشفى من تجهيزات وأجهزة: اعتماد الخطط الطويلة الأمد المتعلقة بتطوير وتجهيز وتحديث تجهيزات المستشفى وأجهزته وأصوله، واعتماد بيع أو إيجار أي من ممتلكات المستشفى طبقاً للقوانين المعمول بها، وتقييم الحالة العامة للمبنى والتجهيزات طبقاً للأهداف الموضوعة، وتوجيه إدارة المستشفى لاتخاذ ما يلزم من إجراءات تصحيحية.
- المسئولية تجاه العلاقات الخارجية للمستشفى: تمثيل المستشفى أمام المجتمع وكذلك تمثيل المجتمع أمام المستشفى، والعمل على توطيد العلاقات مع المجموعات والهيئات والأفراد في البيئة الخارجية ذوي العلاقة بأعمال المستشفى.

ومن كم ونوع المسئوليات الملقاة على عاتق مجلس الأمناء يتضح أن هذا المجلس مطلوب منه أن يقوم بعدة أدوار محددة فيما يتعلق بالمستشفي والمجتمع الذي يوجد فيه. وبالتالي يؤدي مجلس الأمناء دوراً مهماً داخل وخارج المستشفى، بصفته السلطة الأعلى للمستشفى. فخارج المستشفى يعتبر مجلس الأمناء المتحدث باسم المستشفى والمحاسب على كل ما يتعلق به، وهو المنسق مع كل الجهات الخارجية، والباحث عن مصادر تمويل أنشطة المستشفى. وبالنسبة لداخل المستشفى يعد مجلس الأمناء ممثلاً للمجتمع صاحب المصلحة في نتائج أعمال المستشفى، وهو المحاسب على جودة الرعاية التي يرغب فيها المترددون على المستشفى، والمتحكم في خطط وبرامج المستشفى. والسؤال الذي يطرح نفسه الآن هو: كيف يؤدي المجلس هذه الأدوار المتعددة؟.

دور مجلس الأمناء تجاه المجتمع (٩):

ترتكز فاعلية المستشفى على العلاقة بينه وبين المجتمع الذي يخدمه. ومجلس الأمناء يؤدي دوره تجاه هذا المجتمع من خلال المساهمة في التصدي للاحتياجات

الحقيقية للمجتمع، والتأكد من أن المستشفى يقوم بتقديم الخدمات الأساسية لمواجهة المشاكل الصحية الحقيقية للمجتمع، والاستمرار في الحفاظ على تبادل المنفعة بين المستشفى والمجتمع. والعمل على تحقيق المشاركة الفعالة بين كل من مجلس الأمناء ومدير المستشفى وهيئة الأطباء لضمان انسيابية العلاقة الدائمة بين المستشفى والمجتمع.

ويلزم لقيام مجلس الأمناء بدوره بفاعلية تجاه المجتمع أن يتم أولاً تحديد المجتمع الذي تخدمه المستشفى والتعرف على خصائصه، وذلك بتحديد نطاقه الجغرافي، والوضع الديموجرافي (الخصائص السكانية) للسكان في المجتمع، والصفات أو المحددات الصحية لسكان المجتمع (كمؤشرات الوفيات والمواليد والمؤشرات المتعلقة بالأمراض السارية). ويتم ذلك من خلال مراجعة سجلات المستشفى، وبيانات التعداد السكاني، والبيانات المتوافرة بالجمعيات والهيئات الموجودة بالمجتمع، أو من خلال المسوح الصحية التي يجريها المعنيون بالمستشفى تحت إشراف هيئة الأطباء. ثم يأتي بعد ذلك معرفة اتجاهات المجتمع نحو خدمات المستشفى، ويتم هذا الدور من خلال أعضاء المجلس الممثلين للمجتمع، أو أفراد من المجتمع يحضرون اجتماعات لجنة التخطيط بالمجلس، أو عن طريق إجراء مسح صحي للمجتمع واستطلاع رأي المرضى وذويهم. ثم تأتي مرحلة تحديد احتياجات المجتمع من الرعاية الصحية لوضع الرؤية المستقبلية للمستشفى والمجتمع، من خلال الأخذ في الاعتبار كل من وجهات نظر المتخصصين مع وجهات نظر أفراد المجتمع، وفرز وتقييم الآراء المتضاربة، وتقدير الاحتياجات في ضوء الموارد المتاحة من موارد بشرية وتجهيزات وموارد مادية لازمة. وأخيراً يتم تحديد دور المستشفى في تلبية احتياجات المجتمع من الرعاية الصحية بمعرفة الأولويات من منطلق أن الاحتياجات تكون دائماً أكبر من الموارد ولذا يلزم تخصيص الموارد لأشد الاحتياجات الفعلية للمجتمع من حيث تأثيرها الإجمالي على المستوى الصحي للسكان، وبفلسفة تكامل الخدمات التي يقدمها المستشفى مع ما يقدمه مقدمو الرعاية الصحية الآخرون في المجتمع من وحدات للرعاية الصحية الأولية وغيرها.

دور مجلس الأمناء في وضع السياسات:

«السياسات» هي قرارات تؤثر على المستشفى كله، ولها تأثير مستمر على مدى وجوده واستقراره، وهي تقدم الإرشاد المستمر لعمليات تخطيط وتنفيذ جميع برامج وخدمات المستشفى. وتنبع سياسات المستشفى من رسالة المستشفى التي تحدد دوره

وكيانــه في المجتمع. ويواجه مجلس الأمناء مشــاكل مختلفة تتعلق بوضع وتنفيذ هذه السياسات، وهذه المشاكل قد تنبع من النقص في النواحي التالية:

- نقص المعرفة: فقد لا يعلم المجلس حدود اتخاذ قراراته من ناحية امتلاك السـلطة لاتخــاذ قرار ما، أو التفريط في السـلطة عند عدم اتخاذ قــرار كان من المفروض اتخاذه. فعلى سبيل المثال قد يتخذ مدير المستشفى قرار شراء جهاز طبي، واعتقاد مجلـس الأمنــاء أن ذلك من سـلطات المجلس وليس المدير، في حـين أن الواقع أن لمجلس الأمناء السـلطة فقط في الموافقة على منح المدير السـلطة المالية المناسـبة لشراء الأجهزة.
- نقص المعلومات: مثل طلب شراء تجهيزات استثمارية دون إرفاق المعلومات اللازمة لاتخاذ قرار بالرفض أو الإيجاب، حســاب الإهلاك وتغطية نفقات التشغيل وغيرها بالنسبة لهذه التجهيزات.
- الاختلاف في الرأي: عند الاختلاف في الرأي يلزم معرفة بالتحديد من له سـلطة اتخاذ القرار.
- الاتجــاه لتحميــل الغير المسـئولية: وينتج عــن الاختلاف في المعتقـدات والخبرة والإحســاس بالموضوع. فقد يطلب المجلس من مدير المستشفى وضع سياسة دخول المرضى المستشـفى وليس التوصيــة بها للمجلس ليتخذ القــرار، وهذا يعني تخلي المجلس عن مسـئوليته. وقد يكون السبب في ذلك الرغبة في عدم تحمل مسئولية القرار.

دور مجلس الأمناء في عملية التخطيط للمستشفى:

الدور الأساســي لمجلس الأمنــاء في عملية التخطيط يتحدد فــي أنه يقوم بوضع منهج ومهمة للمستشــفى واضح للتخطيط بالمستشــفى. ورغــم أن عملية التخطيط تكــون غيــر مركزية في جوهرهــا إلا أن مجلس الأمناء هو الجهــة المنوط بها تقديم الدعم والالتزام بعملية التخطيط، وتحمل المسـئولية في حالة عدم فاعليتها بدلاً من توجيه اللوم للعاملين في المستويات الدنيا للإدارة على هذا الفشل [١٠]. وينعكس ذلك من خلال وضع المجلس لسياســة تخطيط طويلة الأمد بالمستشــفى ممثلاً للمجتمع، ويقوم بالإقرار الأخير للخطة الموضوعة. ويشــترك في عملية التخطيط كل من مدير المستشفى، والهيئة الطبية، ولجنة التخطيط بالمجلس، ومدير التخطيط (إن وجد)، أو مستشاري التخطيط، واللجان المؤقتة ومجموعات العمل.

فمديـــر المستشـــفى يقوم بدور المرشـــد في عمليـــة التخطيط من خـــلال توفيره للبيانـــات اللازمة للتخطيـــط، بالإضافة إلى أنه يقترح الخيـــارات المتعددة في عملية اتخاذ القرارات التي يســـتلزمها التخطيط الإســـتراتيجي. وتســـهم الهيئة الطبية في التعرف على التغيرات التي تطرأ على احتياجات المجتمع من الرعاية الصحية، وتقترح الوســـائل الممكنة لمواجهة هذه الاحتياجات في ظل الموارد المتاحة من خلال التوصيات التـــي يضعها أمام مجلس الأمناء ومدير المستشـــفى. وتقوم لجنة التخطيط بالمجلس بتنسيق الجهود وتنظيم عملية التخطيط، وتضع الأولويات وتحديد المعلومات والتقارير المطلوبة لوضع التوصيات النهائية أمام المجلس. ومن الممكن أن يعين مدير للتخطيط مـــن ضمن أعضاء مجلـــس الأمناء لخبرته في هذا العمل يؤدي دور المستشـــار ويقوم بمهمة التخطيط. والمستشارون يقومون بمهمة مسح المجتمع للتعرف على احتياجاته، وتقييم الخدمات الحالية والمقترحة، ويســـاعدون في كتابة الخطة. وقد يتم تشـــكيل لجان مؤقتة أو مجموعات عمل للتخطيط بواســـطة مجلس الأمناء أو مدير المستشفى طبقاً للاحتياجات التي تطرأ خارج نطاق سلطة اللجان الدائمة.

دور مجلس الأمناء في الشئون المالية:

مجلس الأمناء مسئول عن الانتعاش المالي للمستشفى، ولذلك يجب أن يقوم بتقييم اعتماد الميزانيات والتي تعد التعبير عن الأهداف المالية للمستشـــفى. ويقوم المجلس بهذا الدور المهم من خلال:

- وضـــع الغايـــات الماليـــة ومتابعة برامج المستشـــفى تجـــاه تحقيق الأهـــداف المالية المرحلية.
- إعداد السياسات المالية ومتابعة الالتزام بهذه السياسات.
- تشـــكيل اللجان المالية، للتعامل مع الشـــئون المالية وتحضير التوصيات للعرض على المجلس.
- تقديـــر أهمية ميزانية المستشـــفى من خلال التخطيط والتنســـيق والرقابة لضمان توزيع بنود الميزانية بما يحقق السياسات والأهداف التشغيلية التي تساعد المستشفى للوصول إلى غاياتها.
- العمـــل على تحقيق التكامـــل والتكاتف بين المجلـــس والإدارة والفريق الطبي وبقية العاملين بالمستشفى لتشجيع الوعي بالتكلفة.

- وضع مقاييس موضوعية للأداء المالي في كل مستوى من مستويات الإدارة للسماح للمديرين بتقييم أدائهم وأداء مرؤوسيهم.
- المقارنة المستمرة بين الموازنة المقترحة وميزانية التشغيل وبين المصروفات الرأسمالية حتى يتمكن المجلس والإدارة من التكهن بالمتطلبات المالية المتغيرة في التوقيت المناسب.

دور مجلس الأمناء في ضمان جودة الرعاية الصحية المقدمة:

من المسئوليات الرئيسية لمجلس الأمناء أن يضمن جودة ومناسبة الرعاية الصحية التي يوفرها المستشفى للمترددين عليه، حيث وجد من الدراسات في هذا الشأن أن المستشفيات التي لديها مجلس حاكم تكون جودة الرعاية المقدمة بها أكثر جودة، وأن ٢٥٪ على الأقل من وقت اجتماعاتها يخصص لمناقشة جودة الرعاية وسلامة المرضى [11]. وأهم نقطة في هذا المجال تكمن في حسن اختيار الهيئة الطبية وتفويضها بالسلطة اللازمة لتقييم الكفاءات التخصصية لأعضائها الراغبين في العمل بالمستشفى. ويفوض المجلس هيئة الأطباء في التوصية بالتعيين ومنح الامتيازات لإعادة التعيين، كما يجب أن يضع المجلس قراراته فيما يتعلق بجودة الرعاية على أساس المعلومات التي تتوفر لديه عن طريق هيئة الأطباء. وبالتالي يجب أن يعلم المجلس نوعية المعلومات التي يلزم أن يحصل عليها من الهيئة الطبية لكي يمارس مسئوليته. وأهم المعلومات المطلوبة يمكن حصرها في الموضوعات التالية: المعلومات المطلوبة للتعيين الأولي، والترخيص لمزاولة المهنة، والتعليم والتدريب، وشهادة التخصص، والخبرة السابقة، وخطابات التوصية، ومنح الامتيازات العلاجية.

دور مجلس الأمناء في متابعة أداء المستشفى:

يقوم مجلس الأمناء بدوره في متابعة أداء المستشفى من خلال متابعة تحقيق غايات وأهداف المستشفى. حيث يساعد تحديد رسالة وغايات وأهداف وبرامج المستشفى في عمل الخطة الإستراتيجية للمستشفى، كما يلزم استخدامها أيضاً في تقييم أدائه. وعوامل نجاح المستشفى في تحقيق ذلك يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

- وجود سجلات كاملة ودقيقة للمعلومات والبيانات عن نسب حدوث الأمراض وانتشارها لتحديد الاحتياجات ومراقبة الأداء، وتقييم دور المستشفى في تحقيق الهدف العام للدولة في تحسين المستوى الصحي للسكان من خلال هذه البيانات.

- إعداد مقاييس ومعايير بالمستويات المقبولة للأداء ومساهمة الأطباء المتخصصين في تعديل نظم الممارسة طبقاً لتلك المقاييس.
- توفير الهيئة الطبية الماهرة القادرة على تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية المطلوبة.
- توفير الأجهزة الحديثة والمناسبة لأداء الخدمات الطبية.
- التدريب والمتابعة المستمرة للعاملين في تقديم الخدمات للمرضى.
- إعداد نظام تسجيل طبي آلي.
- دفع العاملين للمشاركة في تحسين مستوى رضاء المرضى وذويهم.
- إعداد التقارير الإحصائية المتعلقة بتحديد كمية ونوعية الخدمات وتكلفتها، واستخدامها في تقييم الأداء والإنتاجية، مع التأكيد على تقديم الخدمات الصحية بتكلفة مقبولة يقدر على تحملها كل من المريض والمستشفى.
- تجميع معلومات كاملة ودقيقة بالتكلفة عن كل قسم ووظيفة.
- إعداد واستخدام معدلات الإنتاج والتخزين المقبولة.
- توفير الظروف التي تجعل من العمل بالمستشفى حافزاً في حد ذاته كالأجر المجزي وفرص الترقي والتدريب والامتيازات وجو العمل المثمر والمنتج.
- إعداد برتوكولات ومعايير للعلاج ووصف الأدوية والتأكد من التزام الإدارة والأطباء باتباعها.

اجتماعات مجلس الأمناء [١٢]:

يقوم أعضاء مجلس الأمناء بتأدية ما هو مطلوب منهم في الأساس من خلال الاجتماعات المخططة سلفاً للمجلس. ولجعل اجتماعات المجلس مثمرة يجب أن يكون لها جدول أعمال محدد يشتمل على: الموضوعات الإستراتيجية المطلوب مناقشتها في الاجتماع، والمطلوب اتخاذه تجاه هذه الموضوعات (اتخاذ قرارات مثلاً أو دراستها أكثر حتى تتوفر معلومات تساعد في اتخاذ قرار)، والوقت المحدد لمناقشة كل موضوع. ويجتمع مجلس الأمناء اجتماعاً دورياً عادياً مرة كل شهر أو مرة كل ثلاثة أشهر (حسب الظروف الخاصة والمختلفة المحيطة بكل مستشفى على حدة) بناءً على دعوة من رئيسه، أو كلما اقتضى الأمر ذلك على أن يُراوح عدد الاجتماعات بين ستة واثني عشر اجتماعاً في السنة.

موضوعات عامة تتعلق بمجلس الأمناء:

ولزيادة الاستفادة من طرح موضوع مجلس الأمناء كسلطة مهيمنة عليا للمستشفى سوف يتم في الصفحات التالية التعرض لموضوعات عامة استرشادية من وجهة نظرنا توضح بعض ما تمت مناقشــته حول مضمون عمل مجلس الأمناء، مثل خطوات تنفيذ مجلس الأمناء، والقسم الخاص بعضو مجلس الأمناء، وجدول أعمال مفترض لإحدى جلسات مجلس الأمناء.

خطوات تنفيذ مجلس الأمناء

بعد صدور قرار الجهة صاحبة الحق والمصلحة بتشكيل مجلس الأمناء، وعقد اجتماع تمهيدي للتوعية والتعارف، يمكن أن تشمل عملية تنفيذ أعمال مجلس الأمناء الأوامر التالية (والتي يمكن تعديلها طبقاً لأولويات كل مستشفى):

١- تشكيل واعتماد القيادات.

٢- تشكيل واعتماد لجان المجلس.

٣- اعتماد رؤية ورسالة المستشفى.

٤- اختيار مدير المستشفى.

٥- اختيار رئيس هيئة الأطباء.

٦- مراجعة واعتماد لائحة المجلس.

٧- مراجعة واعتماد لائحة هيئة الأطباء.

٨- اعتماد إجراءات عضوية هيئة الأطباء وتمديدها.

٩- اعتماد الامتيازات لعضو هيئة الأطباء.

١٠- مراجعة واعتماد الهيكل التنظيمي للمستشفى.

١١- اعتماد تشكيل مجلس الإدارة.

١٢- مراجعة واعتماد الهيكل التنظيمي لهيئة الأطباء.

١٣- مراجعة واعتماد الموازنة السنوية.

١٤- مراجعة واعتماد الخطة الإستراتيجية.

١٥- مراجعة واعتماد الخطة السنوية للعام الحالي.

١٦- مراجعة واعتماد أسس تقييم أداء المستشفى.

١٧- مراجعة واعتماد أسس تقييم أداء مدير المستشفى.

١٨- مراجعة اجتماعات اللجان.

١٩- وضع السياسات الخاصة بالمستشفى.

٢٠- اعتماد تسعير الخدمات.

القسم الخاص بعضو مجلس الأمناء

أقسم أنا ....

- أن ألتزم في حضوري لاجتماعات مجلس الأمناء واللجان واعتباره من أولوياتي.
- وأن أكون دائماً على استعداد لمناقشة القضايا والأعمال التي ستتضمنها الاجتماعات وأن أقوم بقراءة جدول الأعمال وجميع المستندات المتعلقة به.
- وأن آخذ بآراء زملائي في المجلس وأحترم هذه الآراء مع ترك خلافاتي الشخصية خارج المجلس.
- وأن أعمل دائماً لصالح المستشفى.
- وأن أقوم بتمثيل المستشفى بطريقة إيجابية في أي وقت وفي أي مكان.
- وأن أراعي إجراءات المجلس والتزم بالسلوك القويم في جميع الاجتماعات.
- وألا أتدخل في المسائل الإدارية التي تكون من مسئولية الإدارة عدا مراقبة النتائج مع منع حدوث معوقات تؤثر على المجلس.
- وأن أتجنب التداخل بين الأمور الشخصية ومنصبي كعضو بمجلس الأمناء، وإذا حدث أي تداخل فسوف أقوم بإقراره أمام المجلس مع امتناعي عن التصويت في هذه الحالة.
- وأن أساند بإيجابية جميع القرارات التنفيذية التي أقرها مجلس الإدارة.
- وأن أقوم بالخدمة في لجنة واحدة أو ورقة عمل واحدة على الأقل، وأن أقوم بواجباتي التي تتمثل في طلب عقد الاجتماعات كلما استدعى الأمر ذلك، وأن أتأكد من إرسال جدول الأعمال والمواد المتعلقة به إلى الأعضاء قبل موعد الاجتماع، وأن تتم الاجتماعات بطريقة مرتبة وعادلة وفعالة، وأن أقوم بإعداد التقارير ومحاضر الاجتماعات الخاصة باللجان وتقديمها للمجلس في المواعيد المحددة وباستعمال النماذج المعدة لذلك.
- وأن أشارك في حلقة العمل السنوية عن التخطيط الإستراتيجي، وبرامج التقييم الذاتي للمجلس، وحلقات العمل والندوات وأية اجتماعات تعليمية أخرى يمكن أن تصقل من مهاراتي كعضو بالمجلس.

جدول أعمال اجتماع مجلس الأمناء

- المكان: ....
- التاريخ: ....
- الساعة: ....
- الموضوعات الأساسية: ....
- المتحدث في كل موضوع: ....
- الوقت المسموح به لكل عضو: ....
- المراجع المتاحة للموضوع: ....
- محضر اجتماع الجلسة السابقة: القرارات الهامة والتصويت عليها، وما تم حيالها.
- تقرير عن كل موضوع وملخص عنه: لكل مواضيع جدول الأعمال، التقارير المالية، أوراق تعيين الأطباء، نتيجة تقييم الجودة، التقارير الإدارية، التقارير الاستشارية، التوصيات.
- قرارات أخرى: محاضر اجتماعات اللجان

(يحفظ كل ما تم في الاجتماعات في سجل خاص باجتماعات مجلس الأمناء)

ثانياً - مجلس إدارة المستشفى Board of Directors:

تتغير سلطات واختصاصات ولجان وتشكيل مجلس إدارة المستشفى باختلاف التصميم التنظيمي للمستشفى، والذي يعتمد على حجم وتعقد أنشطته، وأهدافه، ودرجة تعقد المجتمع أو البيئة التي يعمل من خلالها، ووجود مجلس أمناء للمستشفى من عدمه.

ففي حالة وجود مجلس أمناء للمستشفى (في بعض المستشفيات الحكومية التي تأخذ بهذا النظام) يعتبر مجلس الإدارة هو الجهة المكلفة بترجمة السياسات التي يقرها مجلس الأمناء إلى خطط قابلة للتنفيذ في توقيتات زمنية وفقاً لتكليفات محددة. وتتضمن هذه الخطط معايير لتقييم الأداء. ويكون مجلس الإدارة مسئولاً عن تنفيذ ما يضعه من خطط وتقييم ما يتم من أداء. ويمكن أن يتشكل مجلس الإدارة في هذه الحالة بقرار من مجلس الأمناء على النحو التالي:

- مدير المستشفى (رئيساً).
- أحد وكلاء مدير المستشفى (مقرراً).
- ثلاثة أطباء ممثلين لرؤساء الأقسام ينتخبهم رؤساء الأقسام .
- رئيسة (أو رئيس) هيئة التمريض.
- مدير الصيدلية.
- ممثل عن العاملين بالمستشفى.

ويلاحظ على تشكيل مجلس الإدارة في هذه الحالة الصفة التنفيذية، إذ إن جميع أعضائه من العاملين بالمستشفى، ولا يوجد به أحد من ممثلي المجتمع أو أصحاب المصلحة في وجود المستشفى، وذلك من طبيعة فهم أن مجلس الإدارة يعد الذراع التنفيذية لمجلس الأمناء والذي يتكون معظم أعضائه من خارج العاملين بالمستشفى. لأن طبيعة مجلس الأمناء في هذه الحالة تستلزم تمثيله للمجتمع ببيئته الخارجية والداخلية، والقيام بدوره في كونه السلطة العليا للمستشفى، حتى يمكنه وضع سياسات للمستشفى مناسبة ومقبولة وواقعية من ناحية التنفيذ عن طريق مجلس الإدارة.

وتكون مدة مجلس الإدارة سنتين قابلة للتجديد بقرار من مجلس الأمناء، ويجتمع المجلس دورياً مرة كل شهر أو كلما اقتضت الأمور ذلك. وللمجلس أن يستعين بمن يرى من ذوي الخبرة عند الضرورة في موضوعات محددة.

ويختص مجلس الإدارة بما يلي:

- وضع الخطط التنفيذية لسياسات المستشفى والتي يقرها مجلس الأمناء.
- متابعة جودة الرعاية الصحية المقدمة.
- اقتراح تعديل رسوم وأجور الخدمات المقدمة.
- الإشراف على إعداد الموازنة والصرف منها طبقاً للقواعد المقررة.

- تحديد واختيار حجم ونوعية العمالة اللازمة للمستشفى.
- الموافقة للأطباء العاملين بالمستشفى وغيرهم من مقدمي الخدمة على استخدام إمكانياته العلاجية والتشخيصية في علاج مرضاهم نظير الأجور المحددة
- التعاقد مع الجهات الصحية الخارجية والصيدليات الخاصة.
- التعاقد مع شركات النظافة والصيانة وغيرها إذا لزم الأمر.
- يباشر مجلس الإدارة السلطات المالية الممنوحة له.
- يقدم تقريراً ربع سنوي لمجلس الأمناء عن كل أعمال وأنشطة المستشفى.

أما في حالة عدم وجود مجلس أمناء للمستشفى فيعتبر مجلس الإدارة هو السلطة العليا في المستشفى، ويتشكل في هذه الحالة على مبدأ تمثيل المجتمع الذي تخدمه المستشفى لتوصيل آراء واحتياجات المستفيدين إلى سلطات المستشفى بصورة فعالة، إلى جانب تمثيل العاملين بالمستشفى لضمان تمثيل مصالحهم، كما قد يضم مجلس الإدارة ممثلين عن الحكومة ورجال الأعمال وكليات الطب ورجال البنوك والإعلام (١٣). وتصبح سلطات مجلس الإدارة أقرب ما تكون إلى المزج بين سلطات مجلس الأمناء التي تضع السياسات وبين سلطات مجلس الإدارة التنفيذية والتي تم توضيحها من قبل في حالة وجود مجلسين منفصلين للأمناء وللإدارة.

وتتبع واجبات ومسئوليات مجلس الإدارة في هذه الحالة من واجبين أساسيين هما: واجب الولاء تجاه أصحاب المصلحة بالمستشفى، وواجب الرعاية والذي يتمثل في ضرورة اتخاذ القرارات المبنية على أقصى قدر ممكن من المعلومات السليمة وتوافر ودراسة الحلول البديلة (١٤). ولذا يلزم على مجلس الإدارة عندما يمارس سلطاته أن يكون موضوعياً وعادلاً، كما يجب أن يدرك أعضاؤه أهمية تضامنهم مع قيادات الهيئة الطبية حتى يمكن تقديم المستوى العالي المرغوب فيه من الرعاية الطبية في حدود الإمكانات المتاحة ونوعية الرعاية التخصصية التي يقدمها المستشفى(١٥). ولا يمكن أن يتضمن ذلك تدخل مجلس الإدارة في أعمال وسلطات الهيئة الطبية، ولكن يعني ذلك حق المجلس في النظر إلى عمل الأطباء ومدى تمشيه مع أهداف وسياسات المستشفى بوجه عام دون التدخل المباشر في الأعمال التخصصية (١٦).

مدير المستشفى Hospital Director/Chief Executive Officer (CEO):

يعد مدير المستشفى من بين أعضاء الإدارة العليا به، فهو الرئيس التنفيذي الأول للمستشفى، وهو الذي يصيغ نمط وإيقاع الأداء في المستشفى، وهو في النهاية مسئول

عن نجاح أو فشل المستشفى. واستناداً إلى الخلفية الخاصة بشخص المدير (إذا كان من الكادر الطبي أم لا)، واستناداً إلى نوعية الملكية بالمستشفى، ووجود مجلس أمناء من عدمه، فيمكن أن يصنف المدير مديراً تنفيذياً، أو مديراً طبياً، أو مديراً للمستشفى [١٧]. وفي المستشفيات الضخمة قد يكون هناك حاجة إلى وجود مدير مساعد للمستشفى أو أكثر يضطلع كل منهم بمهمة ومسئولية الإشراف على مجموعة من الخدمات المساعدة أو المساندة، ولذلك يختلف دور ومسؤوليات مدير المستشفى تبعاً للاختلاف في الوصف الوظيفي، وتوافر مديرين مساعدين من عدمه، والواجبات المحددة له من قبل الإدارة الممثلة في الغالب في الحكومة أو مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء أو المالكين للمستشفى.

وبغض النظر عن وجود مجلس أمناء (في المستشفيات التي لا تهدف للربح) أو مجلس إدارة (في المستشفيات التي تهدف للربح)، أو وجود مجلس أمناء (ممثلاً للمجتمع) في بعض المستشفيات الحكومية إلى جانب مجلس إدارة تنفيذي (من العاملين بالمستشفى) في بعض الدول، فإنه يلزم في جميع الأحوال التفريق بعناية بين مسئوليات المجلس الذي يتحكم في اتجاهات وسياسات المستشفى وبين مسئوليات الجهاز الإداري به والذي يرأسه مدير المستشفى. فلا يجب أن يخضع مدير المستشفى لإغراءات كونه المتحكم الأول في القرارات اليومية للمستشفى فيبدأ في الضجر من تحكم المجلس الموجود على رأس الإدارة العليا فيما يقوم به من أعمال، أو يخضع المجلس لإغراءات التدخل المستمر في مسئوليات وأعمال مدير المستشفى المسئول [١٨].

إن إدارة مستشفى ما ليست بالمهمة السهلة التي يمكن أن يقوم بها أي شخص أو أي طبيب، بل هي مهمة معقدة تنشأ من طبيعة تعقد وظائف المستشفى نفسه. فمدير المستشفى الناجح أو الفعال هو مدير الموارد المتعددة كلها التي تملكها المستشفى، وهو الإنسان الأكثر إدراكاً وفهماً وتصوراً لأهداف المستشفى، وحلال المشاكل والمبادر بالتغيير به. ولقد قتلت مسألة مدير المستشفى الطبيب أو الإداري بحثاً من حيث ضرورة أن تكون خلفيته طبية أو تكون خلفيته إدارية محترفة. فالجدل يدور بين وجهتي نظر هما: ضرورة أن يكون مدير المستشفى طبيباً حتى يمكنه ترتيب الأولويات، لأن المدير الطبيب يمكنه تقدير أي الأجهزة أو الأدوية يحتاج إليها المستشفى أولاً، وهو أيضاً الشخص القادر على الاستجابة لدوافع وظروف وطبيعة عمل الأطباء والتمريض والفنيين، في حين أن وجهة النظر الأخرى ترى ضرورة أن يكون مدير المستشفى مديراً إدارياً محترفاً لا يشترط أن يكون طبيباً. حيث تختلف أساليب إدارة المستشفيات

جذرياً عن النشاط الطبي، وأن نجاح الطبيب مهنياً ليس شرطاً لنجاحه مديراً. ولقد حسم هذا الخلاف تقريباً في كثير من الدول المتقدمة بالفكر الذي يتبنى ضرورة أن يكون مدير المستشفى ذا خلفية علمية وإدارية بغض النظر عن كونه طبيباً أم لا، ولذا فقد شجعت تجربة الولايات المتحدة الأمريكية الكثير من الدول نحو تبني فكرة استقطاب بعض الأطباء المهتمين بالنواحي الإدارية وتسهيل إلحاقهم بالكليات والمعاهد الإدارية لدراسة إدارة المستشفيات، وتدريبهم عملياً في المستشفيات، مع تعويضهم مادياً عن تفرغهم فقط للعمل الإداري وعدم ممارسة النشاط الطبي [١٩].

وتتعدد اختصاصات مدير المستشفى في جميع النواحي الإدارية التي تمارس في المستشفى عن طريق كل العاملين به، إلا أن مدير المستشفى يكون مسئولاً في العادة عن تحقيق هدفين أساسيين هما:

- تنفيذ السياسات العليا التي يقرها مجلس الأمناء (أو مجلس الإدارة).
- تقديم وجهة نظره وتصوره للمجلس المهيمن على المستشفى (مجلس الأمناء أو مجلس الإدارة فيما يتعلق بتطبيق السياسات، ووضع الأهداف، وتحديد الأنشطة المطلوبة، وما يجب إقراره من سياسات عليا وأهداف مرحلية.

وبتفصيل أكثر يمكن تحديد أهم ما يقوم به مدير المستشفى من اختصاصات فيما يلي [٢٠]:

- تنفيذ توصيات وقرارات مجلس الإدارة بما يتمشى مع السياسة العامة التي يحددها المجلس المهيمن على المستشفى، وتنفيذاً لقاعدة أنه الذراع التنفيذية للمجلس.
- تنسيق الخطط السنوية والخطط الطويلة الأمد للمستشفى، وتوجيه تنفيذها بموافقة الإدارة.
- اقتراح التنظيم الداخلي للمستشفى، ونظام العمل به، وعرضه على المجلس المهيمن على المستشفى.
- وضع مقايسات الشراء وإجراء الممارسات والمناقصات وإبرام العقود.
- اقتراح الأعداد المطلوبة من الأطباء والفئات الأخرى في كل تخصص واللازمة لتشغيل المستشفى، وأخذ الموافقة عليها.
- تعيين العمال المؤقتين عند الضرورة.
- اقتراح توزيع نسب الحوافز المادية المقررة للعاملين .

- تقديم تقارير دورية للمجلس المهيمن على المستشفى عن أنشطته وخدماته التي قام بها، وتقديم تقرير سنوي بما تم إنجازه من الخطة المقررة، والاقتراحات التي من شأنها تطوير الخدمة بالمستشفى.
- إيجاد مناخ مؤسسي إيجابي يقوم بتنمية الانتماء للمستشفى وحل الخلافات وزيادة الرضا الوظيفي للعاملين.
- تطوير السياسات والإجراءات لحماية العاملين والمرضى من الإصابات والعدوى.
- مراقبة المسائل المتعلقة بالقوانين والأخلاقيات والأبحاث الطبية ذات الصلة برعاية المرضى.
- الرقي بالتدريب الوظيفي المستمر للعاملين بالمستشفى وذلك بالتنسيق مع رؤساء هيئة الأطباء والتمريض.
- توقيع الجزاءات في الحدود المقررة قانوناً، والتصريح بالإجازات للعاملين.

ثالثاً - الهيئة الطبية (هيئة الأطباء) Medical Staff:

تعد وظيفة الأطباء الوظيفة الحاكمة في المجال الصحي وخاصة في المستشفيات بسبب أن الأطباء هم الوحيدون المؤهلون والمفوضون قانوناً بممارسة مهنة الطب. وتتحمل الهيئة الطبية مسئولية جودة الرعاية الصحية والطبية بالمستشفى تحت الإشراف المباشر لمجلس الأمناء. وتتحد جهود هيئة الأطباء ومدير المستشفى ومجلس الأمناء لتحقيق هدف حماية مصالح المريض، والذي يعد الالتزام الأساسي للمستشفى نحو مرضاها. ولذلك كان يجب أن ينظم الأطباء أنفسهم في تنظيم فعال هو ما يطلق عليه هيئة الأطباء من خلال وضع لوائح داخلية تحكم ممارستهم للرعاية الصحية لتحقيق هدف حماية مصالح المرضى والذي هو في الحقيقة تحقيق أيضاً لمصالح المستشفى.

أغراض ومسئوليات هيئة الأطباء:

يتواجد تنظيم هيئة الأطباء في المستشفى لتحقيق الأغراض التالية [٢١]:

- التنظيم:

يفوض مجلس الأمناء سلطة تنظيم عمل وأداء الأطباء عن طريق إيجاد آلية حاكمة هي هيئة الأطباء تكون مسئوليتها الأولى تأكيد أن جميع المرضى بالمستشفى

يحصلـون على أعلى مسـتوى جودة ممكن مـن الرعاية الصحية، مـن خلال اللوائح الداخلية والقواعد والإرشـادات التـي تحكم عمل الهيئة الطبيـة والتي يوافق عليها ويعتمدها مجلس الأمناء، والتي تضمن للأطباء من خلال هيئة الأطباء الإدارة الذاتية لأمورهم. وتلتزم هيئة الأطباء في عملها بضرورة التنسـيق والالتزام برسالة وأهداف المستشفى.

- السياسة العامة والبيئة الخارجية:

يلـزم على قيـادات هيئة الأطباء القيـام بدور فعال وإيجابي فـي تعريف الأطباء بالموضوعـات المتعلقـة بالسياسـات العامة مثـل الوعي بتكلفة الخدمـات الصحية، والمعوقـات التي تصعب عملية الحصـول على الخدمات الصحيـة، وازدياد الاهتمام بالنواحي الأخلاقية المتعلقة بالتقدم والتطور الرهيب في المعرفة والممارسـات الطبية كالاستنساخ والتلقيح الصناعي ونقل الأعضاء وغيرها، وتحديد منهج وأسلوب مناقشة وتحليل الأمور التي تربط وتنسق بين الرعاية الصحية والنواحي الإدارية.

ويساعد مجلس الأمناء وإدارة المستشفى هيئة الأطباء في تمثيل المستشفى التمثيل الإيجابي أمام الهيئات الأخرى الحكومية والأهلية المتعلقة بالصحة في البيئة الخارجية، والتعريف برسـالة المستشفى وأهدافها في المجتمع، والتعاون مع المستشفيات الأخرى بالمنطقة التي يخدمها المستشفى.

- التخطيط الإستراتيجي:

يجب على هيئة الأطباء المشـاركة الفعالة مع مجلس الأمناء وإدارة المستشـفى في عملية التخطيط الإسـتراتيجي اللازمة لبقاء ونمو المستشفى. وتشمل هذه المشاركة استخدام أعضاء الهيئة الطبية في الحصول على البيانات والمعلومات الصحيحة السليمة والمناسـبة عن الحالة الصحية للمجتمـع واحتياجاته الصحية وتحليلها وتفسـيرها، وتحديـد الأولويـات والبرامج الصحية التي تقابل هذه الاحتياجـات، وتقييم البرامج الصحيـة الحالية مع تقييـم مختلف المناهج والنماذج للرعاية الصحية التشـخيصية والعلاجيـة التي تحقق عنصري الكفاءة والفاعلية لتقديم الخدمات الصحية اللازمة. ولتحقيـق هذا الغرض يلزم إعـداد الأطباء لهذه المهمة من خـلال البرامج التدريبية المؤهلة للمشاركة في عملية التخطيط الإستراتيجي.

- **إدارة الموارد:**

من المهام ذات الأولوية لهيئة الأطباء (بالاشتراك مع مجلس الأمناء وإدارة المستشفى) زيادة الوعي لدى الأطباء بالتأثير المالي للممارسة الفردية للأطباء على المستشفى، ثم بعد ذلك تكوين آليات لإشـــراك هيئة الأطباء في عملية التخطيط والمحاســبة واتخاذ القرارات المالية للمستشفى.

- **التنمية البشرية:**

يعتمد مســتقبل أي منظمة (ومنها المستشفيات) على تنمية والمحافظة على موارده البشـــرية. والهيئة الطبية يلزم عليها إدراك الحاجة الماسة للبرامج المختلفة والخاصة التـي تســهم في تعزيز وتنمية الموارد البشـــرية، والتأكد من توفيـــر العدد الكافي من الأطبـــاء الأكفـــاء والتخصصات الطبية المناســبة المطلوبة لتقــديم الخدمات اللازمة لمواجهـــة الاحتياجات الصحية للمجتمع، وتقييم هذا الاحتياج باســـتمرار. بالإضافة إلى أن الأطباء بصفة جماعية وفردية عليهم التزام وواجب نحو خلق جو وبيئة مناسبة لتعيـــين وتنمية والاحتفاظ بأعضـــاء هيئة التمريض وأعضاء الفئـــات الفنية المعاونة، وكذلك توفير الجو الملائم لأداء أعمالهم بجودة وكفاءة وفاعلية.

- **البحوث والتدريب:**

يتعين على هيئة الأطباء القيام بمســئولية التأكد من وجود برامج منظمة ومناسبة لاحتياجـــات التعليـــم والتدريب الإكلينيكـــي عالي الجودة، ومن وجود أنشـــطة بحثية بالمستشـــفى طبقاً لمعايير محددة تفي باحتياجات حماية المرضى وتقديم رعاية صحية ذات جـــودة للمترددين عليها، وتوفير فـــرص التعليم الطبي المســـتمر اللازم لضمان الحفاظ على المســـتوى العلمي القياســـي للأطباء والارتفاع بالمســتوى المهني والمهاري للأطباء. وتقوم هيئة الأطباء بالمشـــاركة بجهدها في هذا المجال مع الكليات والمعاهد الطبية المختلفة في إعداد السياســـات والإجراءات التدريبيـــة للطلبة وأطباء الامتياز والأطباء المقيمين وبرامج التعليم الطبي المســـتمر في إطار السياســـات العامة لمجلس الأمناء وبالتعاون مع إدارة المستشفى.

ولتحقيق هذه الأغراض يلزم على هيئة الأطباء القيام بالمسئوليات التالية [٢٢]:

- المســـاهمة والاشـــتراك في برامج إدارة الجودة، وإدارة اســـتخدام المستشفى، وذلك بتوجيه الموارد والأنشطة المختلفة لتقييم والحفاظ على جودة وكفاءة الرعاية الصحية المقدمة من المستشفى.

- تقييم مصوغات تعيين المتقدمين للعمل في المستشفى من الأطباء، وتحديد الامتيازات الإكلينيكية الممنوحة لهم لممارسة العمل طبقاً لهذا التقييم.
- تقييم أداء الأطباء، وأداء المستشفى، من خلال نظام تقييم مبني على معايير إكلينيكية موضوعية وفعالة.
- تعزيز الاستخدام المناسب للموارد بالمستشفى بحيث يتجه ذلك ناحية الوفاء باحتياجات المريض، ومناسبة هذا الاستخدام السليم لموارد الرعاية الصحية بصفة عامة.

عضوية الهيئة الطبية:

تعد العضوية في الهيئة الطبية للمستشفى امتيازاً متاحاً فقط للأطباء المتخصصين الأكفاء الذين تم قبولهم للعمل بالمستشفى بعد أن قدموا ما يثبت سابقة خبراتهم وتدريبهم، والتزامهم بأخلاق المهنة وسيرتهم الحسنة، والقدرة على التعاون مع الآخرين، بدرجة مناسبة تضمن رعاية المرضى على أعلى مستوى ممكن.

المؤهلات اللازمة للعضوية:

أعضاء الهيئة الطبية هم الأطباء البشريون وأطباء الأسنان الحاصلون على ترخيص رسمي ساري المفعول لمزاولة المهنة، إلى جانب تقديمهم بيانات تفصيلية تثبت المؤهلات التي حصلوا عليها وشهادات إتمام تعليمهم الطبي، مع بيان الفترة التدريبية التي تم قضائها كطبيب مقيم في التخصص المطلوب ممارسته، وخبراتهم السابقة والبرامج التدريبية التي تم حضورها في مجال تخصصهم، ومدى التزامهم بأخلاقيات المهنة، وقدرتهم على التعاون مع الآخرين، وجميع المعلومات التي يمكن من خلالها تقييم أدائهم الإكلينيكي والمهني. ويُلْزَم كُلّ طبيب متقدم للعمل بالمستشفى ذكر أسماء ثلاثة من الأطباء قام بالعمل معهم وأشرفوا على عمله، ويمكن الرجوع إليهم لإبداء الرأي في كفاءته العلمية وأخلاقه الشخصية.

ويلزم موافقة المستشفى عن طريق هيئة الأطباء على اعتماد المؤهلات السابقة شرطاً للانضمام إلى الهيئة، ولا يكفي حصول الطبيب على المؤهلات السابق ذكرها للانضمام تلقائياً لهيئة الأطباء. ويفوض طالب العضوية المستشفى عملية التحقق من صحة المعلومات التي قدمها ومراجعة الشهادات المقدمة. كما يتضمن طلب العضوية الموافقة المبدئية على المثول أمام لجنة اختبار لتقييم الطبيب المتقدم للعضوية. ويعد استكمال جميع مستندات منح العضوية، ومنها توصية رئيس القسم المختص بالمستشفى

وتحديده امتيازات ممارسته الإكلينيكية، يقوم مدير المستشفى بتحويل المستندات إلى لجنة التعيينات بهيئة الأطباء، ومنها إلى اللجنة التنفيذية والتي تقدمها إلى مجلس الأمناء لاعتماد توصيتها.

وفي حالة ما إذا كان رأي مجلس الأمناء مخالفاً لتوقعات طالب العضوية بالنسبة للعضوية أو للامتيازات الإكلينيكية، يكون على مدير المستشفى إبلاغ الطبيب بالقرار أو التحفظ على القرار حتى يتم الاستماع إلى الالتماس الذي يقدم من الطبيب المرفوض قبول عضويته أو امتيازاته الإكلينيكية. وعندما يصبح قرار مجلس الأمناء نهائياً يبلغ عن طريق مدير المستشفى لكل من رئيس هيئة الأطباء ورئيس القسم المختص وطالب العضوية بالقرار.

المسئوليات الأساسية لأعضاء الهيئة الطبية [٣٣]:

- الالتزام باللوائح الخاصة بالهيئة الطبية والقوانين والنظم والمعايير المعمول بها والسياسات الخاصة بالمستشفى.
- تقديم الرعاية الصحية للمرضى طبقاً للمعايير المعمول بها والعرف الطبي المتعلق بممارسة المهنة.
- القيام بالوظائف المكلف بها المتعلقة بالعاملين، والأقسام، واللجان، والمستشفى، والتي تعد مسئوليات الوظائف التي تعيينهم واختيارهم لأدائها.
- إعداد واستكمال السجلات الطبية المطلوبة في حينها للمرضى الذين تم دخولهم أو حصولهم على خدمة ما بالمستشفى.

الالتزام بآداب المهنة وأخلاقيات العلاقات مع الآخرين:

- تعتمد الموافقة على طلب العضوية بهيئة الأطباء في الأساس على التزام المتقدم بالمحافظة على آداب المهنة الرفيعة، وهي تشمل ما يلي على سبيل المثال:
- توفير الرعاية المستمرة للمرضى.
- عدم تفويض مسئوليته نحو رعاية المرضى إلا لمن تتوافر فيه شروط التأهيل لها.
- التماس المشورة الطبية كلما دعت الضرورة لذلك كما هو موضح في القواعد والأنظمة باللائحة الداخلية.
- عدم الالتجاء لتقديم خدمات جراحية أو تشخيصية أو طبية بدون داعٍ طبي لها.

مدة العضوية وشروطها وتجديدها:

- يتم الحصول على العضوية وتجديدها بموافقة مجلس الأمناء بناءً على توصية مرفوعة من هيئة الأطباء طبقاً للوائح والسياسات الخاصة بالمجلس.
- تكون العضوية مؤقتة خلال الأشهر الستة الأولى، وعند تجديدها، تستمر بعد ذلك لمدة سنتين. ويشترط لتجديدها تقرير إيجابي عن تقييم الأداء، والتوصية من رئيس القسم ولجنة التعيينات واللجنة الطبية التنفيذية.
- يتم رفع توصية اللجنة التنفيذية للهيئة الطبية إلى مجلس الأمناء للموافقة على العضوية أو تجديدها لكل طبيب طبقاً للفئة الخاصة به والامتيازات الإكلينيكية الممنوحة له.
- عند تجديد العضوية يتقدم رئيس القسم المختص بتقديم طلب التجديد لكل عضو مطلوب تجديد عضويته قبل ميعاد التجديد بأربعة أشهر على الأقل.
- تقوم لجنة التعيينات بدورها بمراجعة تقارير الأداء الخاصة بكل عضو، والامتيازات الإكلينيكية المطلوبة وفقاً لذلك وتقدم توصياتها للجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- تقوم اللجنة التنفيذية بإرسال التوصيات مع جميع المستندات الخاصة بكل عضو إلى مجلس الأمناء عن طريق مدير المستشفى، وللمجلس القرار النهائي في ذلك.
- في حالة رفض العضو لقرار مجلس الأمناء في صورته المبدئية يمكنه استخدام حقه في التظلم إلى لجنة الاستماع.
- عندما يصبح قرار مجلس الأمناء نهائياً يبلغ عن طريق مدير المستشفى لكل من رئيس هيئة الأطباء ورئيس القسم المختص وطالب العضوية بالقرار.

يلزم هنا التنويه بأن المسئولية القانونية والالتزام الأدبي نحو المرضى تقع على عاتق مجلس الأمناء، وبالتالي يلزم على المجلس اختيار الأطباء الأكفاء لضمان تقديم الرعاية الطبية الجيدة للمرضى.

فئات الهيئة الطبية:

يتم تنظيم هيئة الأطباء على أساس تشكيلها لتشمل عدة فئات هي: الأطباء العاملون، والأطباء الزائرون، والأعضاء المؤقتون، والأطباء المستشارون، والأطباء المقيمون، وأطباء الأسنان.

١- الأعضاء العاملون:

وتتوافر فيهم المؤهلات الأساسية للعضوية، وينتمون إلى أقسام إكلينيكية محددة، ولهم حق الانتخاب والحصول على المناصب الوظيفية، ويقومون بالمهام الموكلة إليهم من لجان الهيئة الطبية، ولهم حق التصريح للمرضى بدخول المستشفى للعلاج طبقاً للامتيازات الإكلينيكية الممنوحة لهم.

٢- الأعضاء الزائرون:

وتتوافر فيهم المؤهلات الأساسية للعضوية، وينتمون إلى أقسام إكلينيكية محددة، ولكن ليس لهم حق الانتخاب أو احتلال مناصب وظيفية، ويمكنهم حضور اجتماعات هيئة الأطباء والأقسام التي ينتمون إليها، والانضمام إلى البرامج التعليمية والتدريبية الخاصة لهيئة الأطباء. كما يمكن تعيينهم في بعض لجان الهيئة الطبية في حالة موافقتهم على القيام بالمهام التي توكل إليهم في هذه اللجان. ولهم حق التصريح للمرضى بدخول المستشفى ولكن في حدود عدد معين تحدده هيئة الأطباء في لوائحها (مثلاً أقل من ٢٥ مريضاً في السنة).

٣- الأعضاء المؤقتون:

وهم الأعضاء الذين يتم وضعهم بصفة مؤقتة تحت الاختبار بعد تعيينهم بصفة مبدئية حتى يتم إثبات كفاءتهم. ويتم الإشراف على ممارستهم الإكلينيكية ومراجعة التقارير المكتوبة بواسطتهم عن عدد كاف من المرضى خلال ستة أشهر من العمل والحكم على مستوى جودة أدائهم الإكلينيكي والتوصية بقبولهم كأعضاء عاملين بهيئة الأطباء من عدمه، أو تحويل العضو إلى عضو زائر. وتمتع الطبيب بالعضوية المؤقتة خلال فترة اختباره يمنحه امتيازات إكلينيكية مشروطة بقيود قد تفرض عليه أثناء فترة عضويته المؤقتة.

٤- فئة المستشارين:

وتشمل هذه الفئة الأطباء المعروفين بخبراتهم في مجال تخصصهم والذين يستدعون بواسطة رئيس هيئة الأطباء أو رئيس القسم المختص عند الحاجة لهم. ويمارسون الامتيازات الإكلينيكية الممنوحة لهم دون حق دخول المرضى للمستشفى بطريقة مباشرة لأنهم لا يحتلون مناصب وظيفية بالمستشفى. ويمكنهم حضور اجتماعات هيئة الأطباء ولكن دون أن يكون لهم حق التصويت على القرارات.

٥- الأطباء المقيمون:

وهم الأطباء الذين لهم حق التدريب بالمستشفى وامتياز علاج المرضى ووصف العلاج تحت إشراف عضو من أعضاء الهيئة الطبية، وطبقاً للإجراءات والاشتراطات المحددة في برنامج التدريب. وبانتهاء فترة التدريب تنتهي عضويته في هيئة الأطباء.

٦- أطباء الأسنان:

وهم الأطباء المصرح لهم بمزاولة مهنة طب الأسنان وجراحة الفم، ويمكنهم حضور اجتماعات الهيئة الطبية واجتماعات قسم الأسنان والبرامج التدريبية الخاصة بهيئة الأطباء. ولكن لا يحق لهم شغل منصب قيادي أو التصويت في مجال الشئون الطبية.

قيادات هيئة الأطباء:

تشمل قيادات هيئة الأطباء كل من رئيس هيئة الأطباء، ونائبه، ومقرر أو سكرتير هيئة الأطباء. ويجب أن تكون قيادات هيئة الأطباء من الأعضاء العاملين بالمستشفى ممن تتوافر فيهم الخبرة الكافية في مجال التخصص الإكلينيكي مع وجود خبرة إدارية.

واجبات رئيس هيئة الأطباء:

- رئاسة جميع اجتماعات هيئة الأطباء.
- رئاسة اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- تخصيص وقت مناسب للأعمال التي تتعلق بالإدارة الطبية (يستقطع من الوقت المفروض للأعمال الإكلينيكية في مجال تخصصه).
- يتولى مسئولية المتابعة وتقييم الأداء الإكلينيكي لهيئة الأطباء، وكذلك اتباع آداب المهنة والأداء المهني لكل عضو.
- يعد عضواً شرفياً في كل لجان هيئة الأطباء وعضواً عاملاً في مجلس الأمناء.
- يتحمل مسئولية تكامل السياسات والاحتياجات، وتوحيد أو التقريب بين وجهات النظر في الموضوعات المتعلقة بهيئة الأطباء وإدارة المستشفى.
- يؤدي دور حلقة الاتصال بين هيئة الأطباء ومدير المستشفى فيما يتعلق بالأعمال اليومية.

واجبات نائب رئيس هيئة الأطباء:

- يتولى أعمال رئيس هيئة الأطباء في حالة غيابه المؤقت لأي سبب من الأسباب.
- حضور اجتماعات اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- يقوم بالأعمال التي يكلفه بها رئيس هيئة الأطباء.

واجبات مقرر/ سكرتير هيئة الأطباء:

- عضو اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- يتولى كتابة محاضر جميع جلسات اجتماعات هيئة الأطباء واللجنة التنفيذية.
- في حالة غياب كل من رئيس هيئة الأطباء ونائبه لسبب طارئ يتولى مؤقتاً مسئوليات وواجبات رئيس هيئة الأطباء.

قيادات الأقسام والخدمات الإكلينيكية:

يتم تنظيم هيئة الأطباء في وحدات أو أقسام إكلينيكية يشكل كل منها وحدة خاصة من وحدات هيئة الأطباء. ويكون لكل قسم رئيساً يتم تعيينه من قبل هيئة الأطباء وذلك بموافقة مجلس الأمناء. وتشمل الأقسام الإكلينيكية بالمستشفى الأقسام الرئيسية التالية على الأقل [٢٤]:

- قسم الأمراض الباطنية العامة.
- قسم الجراحة العامة.
- قسم النساء والتوليد.
- قسم الأطفال.
- قسم العيادات الخارجية.
- قسم الطوارئ.
- قسم الأسنان.
- قسم التخدير.
- قسم المعامل الإكلينيكية.
- قسم الأشعة.

ويمكن إضافة أقسام أخرى أو وحدات من داخل هذه الأقسام (مثل جراحة المخ والأعصاب، جراحة المسالك البولية، جراحة الجهاز الهضمي، جراحة الأطفال ... إلخ)،

أو دمج أقسام بعضها إلى بعض كلما تطلبت الحاجة ذلك، وذلك بعد الاتفاق بين رئيس هيئة الأطباء ومدير المستشفى وبموافقة مجلس الأمناء وذلك طبقاً لتوصيات اللجنة التنفيذية.

وظائف الأقسام الإكلينيكية:

- التوصية لدى اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء بما يمكن منحه من امتيازات إكلينيكية لأعضاء الهيئة الطبية بالقسم.
- المراجعة الدورية وتحليل وتقييم مستوى الرعاية الطبية بالقسم من خلال معايير موضوعية، ومدى تناسبها مع احتياجات المرضى. وتشمل هذه المراجعة حالات الوفيات، حالات عدوى المستشفى، المضاعفات، الأخطاء الشخصية المهنية، المشاكل الصحية للمرضى التي لم تحل بعد، الاستخدام المناسب لموارد المستشفى بالقسم، ضرورات التدخل الجراحي، استخدام الأدوية، استخدام المعامل وخدمات الأشعة، تحليل الأنسجة قبل وبعد العمليات الجراحية.
- تقديم الحالات المرضية ذات الأهمية الطبية في الاجتماعات الخاصة بهيئة الأطباء والأقسام بغرض التعليم الطبي المستمر، وتطبيقات جودة رعاية المرضى.
- المشاركة في الأنشطة المختلفة الأخرى التي تطلب من حين لآخر من اللجنة الطبية التنفيذية ورئيس هيئة الأطباء.

رؤساء الأقسام:

يتولى رئاسة كل قسم طبيب يتم تعيينه بتوصية من رئيس هيئة الأطباء وموافقة مجلس الأمناء على أن يكون عضواً عاملاً في الهيئة الطبية، وأن يكون أكثر الأطباء تأهيلاً وخبرة وقدرة على إدارة القسم.

شروط شغل منصب رئيس القسم:

يشغل رئيس القسم هذا المنصب لمدة سنتين تجدد تلقائياً، ويستلزم تغيير رئيس القسم الحصول على أغلبية الثلثين من الأعضاء العاملين بالقسم بالموافقة على تغييره، وكذلك موافقة اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء ومجلس الأمناء.

واجبات رئيس القسم:

- تنظيم وإدارة جميع الأنشطة الخاصة بالقسم.

- الالتـــزام بتنفيـــذ لوائح وإرشـــادات وقـــرارات هيئة الأطبـــاء والسياســـات العامة للمستشفى.
- المشاركة في وضع السياسة الطبية للمستشفى عامة ولرعاية مرضى قسمه خاصة وذلك من خلال عضويته باللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- إجـــراء المراجعـــة الدورية للأداء الفعلـــي لجميع الأطباء الحاصلـــين على امتيازت الممارســـة الإكلينيكية في القســـم، ورفع التقارير الخاصة بهم إلى اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.
- تنفيذ قرارات اللجنة التنفيذية ورئيس هيئة الأطباء ومجلس الأمناء المتعلقة بقسمه.
- تقديم التوصيات الخاصة بالعضوية، وفئاتها، وتجديد العضوية، وتحديد الامتيازات الإكلينيكيـــة، والإجراءات التصحيحيـــة لمخالفات المتقدمين لعضويـــة هيئة الأطباء بقسمه، وعرضها على لجنة التعيينات.
- عمـــل الإجـــراءات التصحيحية والبحوث الخاصة بالأداء الإكلينيكي داخل القســـم، وطلب المستشارين الذين يحتاج إليهم القسم.
- قيادة جميع مراحل أداء عمل القســـم بالمشـــاركة مع قيـــادات الخدمات التمريضية وإدارة المستشفى في جميع الأمور المتعلقة برعاية المرضى، وتشمل الأفراد والمعدات والمستلزمات والقواعد الخاصة والأوامر المستديمة وأسلوب تنفيذها.
- يكون مسئولاً عن التدريس وبرامج التعليم والتدريب والبحوث الخاصة بالقسم.
- المشاركة في إعداد التقارير السنوية للقسم والمطلوبة من رئيس هيئة الأطباء ومدير المستشفى ومجلس الأمناء.
- تأديـــة الواجبات المنوطة بمركزه كرئيس للقســـم والتي قـــد يطلبها منه رئيس هيئة الأطباء عند اللزوم.

اجتماعات هيئة الأطباء:

الاجتماعات الدورية:

تجتمـــع هيئة الأطباء بصفة دورية مرة كل ثلاثة أشـــهر في مواعيد يحددها رئيس هيئة الأطباء في بداية العام وذلك بغرض مراجعة وتقييم التقارير والتوصيات المقدمة من الأقســـام واللجان، والتصـــرف في الأمور المطروحة في جـــدول أعمال الاجتماع. ويكون ترتيب جدول الأعمال:

- الموافقة على محضر الاجتماع السابق.
- الأمور المرحلة من الاجتماع السابق.
- التقرير الإداري لمدير المستشفى.
- التقارير الخاصة بقيادات هيئة الأطباء والأقسام واللجان، خاصة أنشطة ضمان الجودة والأنشطة المتعلقة بالأطباء.

برنامج التعليم المستمر.

- ما يستجد من أعمال.

الاجتماعات الخاصة (الطارئة):

يمكن الدعوة لاجتماعات خاصة لهيئة الأطباء عن طريق الرئيس أو بطلب من غالبية أعضاء اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء، أو ربع أعضاء الهيئة الطبية على الأقل، ولا يدرج في جدول الأعمال أي موضوع آخر غير السبب الذي من أجله يدعى للاجتماع. ويكون جدول أعمال الاجتماع الخاص كما يلي:

- قراءة السبب من الاجتماع.
- تحديد الأعمال التي كانت السبب في الدعوة إلى عقد الاجتماع.

النصاب القانوني لصحة قرارات أي اجتماع:

يلزم لصحة قرارات اجتماعات هيئة الأطباء ولجانها حضور العدد القانوني المنصوص عليه في لائحة هيئة الأطباء، أو بحضور ٥١ ٪ من مجموع الأعضاء العاملين في أي من الاجتماعات الدورية أو الخاصة.

محاضر الاجتماعات:

- يجب أن يحتوي محضر الاجتماع على بند تحديد من حضر الاجتماع، وجدول أعمال الاجتماع، ونتيجة التصويت على القرارات، والنتائج والتوصيات التي انتهى إليها الاجتماع.
- يتم التوقيع على محضر الاجتماع من رئيس الاجتماع، والذي يكون عادة رئيس هيئة الأطباء.
- يتم الاحتفاظ بسجل دائم للاجتماعات.

حضور الاجتماعات:

المبدأ الأساسي أنه يجب على كل عضو عامل أو مؤقت بالهيئة الطبية حضور جميع اجتماعات الهيئة الطبية واجتماعات الأقسام واللجان التي يشارك في عضويتها. ولكن قد تحدث ظروف قاهرة تمنعه من حضور بعض الاجتماعات، ولذا يلزم على العضو حضور ٧٥ ٪ على الأقل من هذه الاجتماعات.

الإجراءات التصحيحية:

يتم التحقيق مع أحد أعضاء الهيئة الطبية عندما يكون هناك تساؤل أو شك من مدير المستشفى أو رئيس هيئة الأطباء أو رئيس القسم أو رئيس إحدى اللجان تجاهه، وذلك فيما يتعلق بكفاءته الإكلينيكية، أو عدم التزامه بآداب المهنة أو سياسة المستشفى ولوائح وقواعد وإرشادات هيئة الأطباء، أو عدم التوافق مع الآخرين مما يؤثر سلبياً على كفاءة وانسياب العمل. ويتم التقدم بطلب التحقيق مع العضو إلى رئيس هيئة الأطباء والذي يعرضه على اللجنة التنفيذية. وتقوم اللجنة التنفيذية ببحث الموضوع وتتخذ قرارها في النهاية إما برفض الطلب وترفع تقريرها بذلك إلى مدير المستشفى بمبرراتها، أو تحول الطلب للبحث فيه إلى رئيس القسم، أو تشكل لجنة خاصة للتحقيق والبحث فيه بحضور المشكو في حقه أمامها، ثم يتقدم رئيس اللجنة بتقرير كتابي عن نتيجة التحقيق إلى اللجنة التنفيذية. ثم تتخذ اللجنة التنفيذية الإجراء المناسب نتيجة للتحقيق الذي تم في حدود ما يلي:

- رفض الطلب.
- توجيه إنذار أو خطاب لوم أو خطاب تأنيب رسمي.
- التوصية بإعادة تحديد الامتيازات الإكلينيكية أو إيقافها أو تقليلها.
- التوصية بتخفيض صفة العضوية.
- وضع العضو تحت المراقبة.
- الالتزام بطلب العضو لاستشارة طبية.
- التوصية بسحب العضوية.

وترفع اللجنة التنفيذية تقريرها بأسباب اتخاذ القرار حيال واقعة التحقيق لرئيس هيئة الأطباء، والذي يقوم بدوره برفعه إلى مجلس الأمناء عن طريق مدير المستشفى لاتخاذ ما يلزم نحو اعتماد القرار. وللعضو المتخذ في حقه القرار الحق في طلب لجنة استماع للتظلم أمامها وبحث رده على القرار المتخذ ضده.

مراجع الفصل الخامس:

1- Buchbinder, Sharon B. and Shanks, Nancy H., Introduction to Health Care Management, Jones and Barteltt Publishers, MA, United States of America, 2007. P. 14.

٢- الصيرفي، محمد، إدارة المستشفيات العامة والخاصة: وكيفية تميز العاملين بها، الطبعة الأولى، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩م، صفحة ٩.

٣- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م-١٤٢٨هـ، صفحة ٨٧.

4- Investor Glossary, Board of Trustees,. Retrived at 19/2/1432.

٥- زهران، مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٧م، الصفحة ٧.

٦١ رفعت، مجدي، دليل مجلس الأمناء، مشروع تطوير المستشفيات، بالتعاون مع مؤسسة أبحاث الجامعة الأمريكية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، بدون تاريخ، الصفحات ٢٧-٦٠.

7- Smith, Elizabeth, What are the Duties of the Board of Trustees?, updated June 16, 2010. http://www.ehow.com/list-6631875-duties-board-trustees-.html. Retrived 28/02/1432.

8- Zablocki, Elaine, Best Bractices for Public Hospital Governance, Great Boards, Fall 2007, Vol. VII, No. 3. PP.1-7.

9- Bader, Barry S., Distinguishing Governance from Management, Great Boards, Fall 2008, Vol. VIII. No. 3.

10- Bader, Barry S. & Kazemek, Edward A. & Knecht, Pamela R., and Witalis, Roger W., Differentiating Board and Committee Work on Quality, Board Room Press, October 2007. P. 16.

11- Daft, Richard L., Management, Sixth Edition, Thomson Learning, South-Western, Mason, Ohio, USA, 2003. P. 230.

12- McNamara, Carter, All About Board of Directors (For Profit and Nonprofit), Retrived from http://managementhelp.org/boards/boards.htm at 20/3/1432.

١٣- الساعاتي، عبد الإله، مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٠هـ، الصفحات ٢٢٥-٢٢٦.

14- Monks, Robert A. G. and Minow, Nell, Corporate Governance, Fourth Edition, John Wiley & Sons, Ltd., West Sussex, England, 2008. P. 231.

15- American Hospital Association and American College of Hospital Administration, Code of Ethics, Chicago, Illinois, U.S.A., 1964. P. 3.

16- Spencer, J.A., Management in Hospitals, Faber and Faber, London, United Kingdom, 1967. P. 110.

١٧- علي، زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٨م. الصفحات ١٢٩-١٣١.

18- Monks, Robert A. G. and Minow, Nell, Corporate Governance, 2008. op.cit., p.233.

19- American Hospital Association, Guidelines: Role and Functions of the Hospital Medical Staff, American Hospital Association, 840 North Lake Shore Drive, Chicago, Illinois, U.S.A, 1992. PP. 15-18.

٢٠- زهران، مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، ٢٠٠٧م، مرجع سبق ذكره. الصفحات ١٦-٢٢.

21- Cambridge Consultant Corporation, Model Medical Staff Bylaws for Decreed Facilities, The Cost Recovery for Health Project, Ministry of Health, Project Directorate and united States Agency for International Development, Cairo, Egypt. December 31, 1994.

٢٢- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، ٢٠٠٨م/١٤٢٨هـ. مرجع سبق ذكره. الصفحات ٩٤-٩٥.

٢٣- نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م. صفحة ٢٧٢.

٢٤- نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، ٢٠٠٨م. المرجع السابق. الصفحات ٢٧٧-٢٧٨.

الفصل السادس
لجان المستشفى

تمهيد:

الواقع العملي لإدارة المستشـفيات في عصرنا الحالي يوضـح أن اللجان ملتحمة ومتداخلة في جميع مناحي الإدارة واتخاذ القرارات بالمستشـفيات من رعاية وسلامة المرضـى إلى النواحي التنفيذية والاعتماد. كمـا أن اللجان بتنظيمها الجاد والهادف تعتبر مدرسة إدارية لتعليم القيادة لصغار الأطباء المشتركين في لجان المستشفيات [1]. ولذلـك يعد موضوع تنظيم وإدارة الفرق واللجان العاملة بالمستشـفى من أهم الأدوار الإدارية المتعلقة بإدارة المستشـفيات، من واقع فهم أن المنظمات بصفة عامة والأفراد بصفـة خاصة يعتمدون الآن على الإدارة الجماعيـة القوية والمنظمة من خلال تكوين اللجان والفرق المفترض تكوينها لأداء غرض ما مهم ومحدد.

والمستشـفيات بحكم طبيعتها الخاصة - المتعلقة بتقديم الرعاية الصحية بجوانبها المختلفة من النواحي الجسـمانية والنفسية والاجتماعية للأفراد - لا يمكن أن تحقق أهدافهـا بنجاح دون أن يشـارك فـي تقديم هذه الرعاية المتعـددة الجوانب فريق أو جماعـة محددة متعددة التخصصـات والخبرات والقدرات. ولذا يلـزم من الناحية التنظيمية ضرورة فهم وجود هذه الجماعات والفرق في شـكل إداري تنظيمي محدد هـو اللجان أو فرق العمل. ويمكن القول بصفة عامة إن المحور الأساسـي من غرض اسـتخدام اللجان ضمن تنظيم المستشـفى يكمن في محاولة تحقيق إجماع في اتخاذ قرار ما مهم في بعض أنشطة المستشفى.

ولا يمكن أن تقوم هذه اللجان بعملها بكفاءة وفاعلية من تلقاء نفسـها بل يلزم بذل مجهود إداري كبير لتقويتها ومعاونتها على أداء عملها، لأنه بدون ذلك قد تضعف هذه اللجان ولا تسـتطيع تأدية الغرض منها، بل قد يصل الأمر إلى الحد الذي تصبح فيه هـذه اللجان نوعاً من العمل المعوق لتحقيق أهداف المستشـفى. والمديرون الناجحون يدركون أن تقوية أداء اللجان عملية معقدة تحتاج إلى الكثير من الجهد والتنظيم الجيد والتطور الإستراتيجي لاحتواء هذا الشكل الإداري من القيادة الجماعية ضمن التركيب الإداري المنظم للمستشـفى، وتنمية ثقافة العمل الجماعي الذي لا يمكن الهروب منه في مثل هذه الصناعة الهائلة التي تهتم بأغلى ما يحرص عليه الإنسـان كفرد والدول

كمجتمعــات، والمتمثل في تحسـين صحة المجتمع والحفاظ عليها من خلال تحسـين مستوى صحة أفراده.

ولا يمكــن إغفال وجهات النظــر المعارضة لعمل اللجان من ناحيــة تركيزها على النواحي السـلبية في عملها، مـن كثرة وتعدد اسـتخدامها، وازدواجية عمل بعضها، والوقت المسـتقطع في اجتماعاتها المتعددة، وبالتالي تكلفتها المادية. ويمكن القول إن العيــب ليس في مفهوم اللجان في حـد ذاته، ولكن العيب غالباً ما يكون في عدم فهم كيفية وأغراض وضرورة هذا المفهوم والذي يسـاء استخدامه في بعض المنظمات مما يثير الكثير من الشك في جدوى وجودها من الأصل، ومحاولة إيجاد دوافع أخرى غير إيجابية لدى بعض المديرين تدفعهم لاستخدام هذه الوسيلة الإدارية التنظيمية لتحقيق مصالح خاصة بهم.

مفهوم اللجان Concept of Committees:

يــزداد الاعتماد على عمل اللجان في مختلــف المنظمات في الوقت الحالي نتيجة لازديــاد فهم أهمية وضرورة القيادة الجماعيــة والعمل المنظم لفرق العمل - وخاصة في مجال المنظمات الصحية - من أجل تحقيق الأهداف التي تعمل من أجل تحقيقها هــذه المنظمات. وتوجد صعوبة كبيرة في التفريق بين اللجان وفرق العمل ولذلك يتم اسـتخدام المصطلحين للدلالة على مفهوم واحد يتمثل في رغبة الإدارة - سواء نتيجة لإجراء مقصود أو من خلال التركيب التنظيمي للمستشــفى - في تكوين مجموعة من الأفــراد لأداء عمل جماعي محدد من خــلال إطار تنظيمي واضح يعتمد على التبادل والتكامــل والتميــز في أدوار هؤلاء الأفراد. فالفريق ببســاطة يمكن تعريفه على أنه «مجموعــة من الناس تعمل معــاً لتحقيق هدف عام» (٢). وفي مجال مرافق الخدمات الصحيــة يمكــن أن تتكون الفرق من تخصص أو عدة تخصصــات طبية أو صحية أو إدارية، وبغرض مناقشة واتخاذ ما يلزم حيال مشكلة معينة طويلة أو قصيرة الأمد (٣). فــي حين يمكن تعريــف اللجنة بأنها «مجموعة من الأفراد الذيــن يتم اختيارهم وفق قواعد ومحددات معينة للقيام بدور متكامل لتأدية مهمة معينة» (٤). كما يمكن تعريف اللجنــة بأنها «شــخصان أو أكثر يتفاعل بعضهم مع بعض بالدرجــة التي يؤثر ويتأثر بها كل شــخص بالآخر» (٥). أما التعريف الذي نرى أنه أكثر عمقاً وتوضيحاً لطبيعة ومفهــوم اللجان فيحدد اللجنة على أنها «تجمع من الأفراد المعتمد بعضهم على بعض في تأدية مهامهم الوظيفية، والذين يتشــاركون المسـئولية عن تحقيق أهداف معينة،

والذين يعتبرون أنفسهم وحدة اجتماعية تنظيمية ضمن واحدة أو أكثر من الأنظمة الاجتماعية الأكبر، والذين يديرون علاقاتهم من خلال حدود تنظيمية واضحة» [٦].

واللجان طبقاً لهذه التعريفات السابقة متواجدة سواء بشكل رسمي أو غير رسمي في كل المنظمات بلا استثناء، كما يمكن أن يكون هذا التواجد في أي مستوى إداري من المستويات الإدارية الثلاثة المعروفة العليا والوسطى والتنفيذية. كما يمكن من هذه التعريفات أيضاً فهم أن اللجان لها سمات محددة يمكن حصر أهمها فيما يلي:

- أنها تتكون من مجموعة من الأشخاص الذين تم اختيارهم من قبل جهة لها سلطة هذا الاختيار، وهي التي تحدد شروطه ومعاييره بحيث يتوافق مع متطلبات تحقيق الهدف من إنشاء اللجنة.
- أنه يوجد دور معين مستهدف من المجموعة المختارة في اللجنة، وهناك مهمة محددة مستهدفة لصالح المنظمة التي ينتمي إليها أعضاء اللجنة والتي يصب في مصلحتها عمل اللجنة، وأنه يوجد هدف من اختيار أعضاء اللجنة مطلوب تحقيقه.
- أن اللجان موجودة بشكل أو بآخر في كل المنظمات صغيرة أم كبيرة.
- أن اللجان يجب أن تكون ضمن تنظيم محدد، ولها رئيس بالضرورة لتنظيم وقيادة وإدارة أمورها، وبالتالي يكون لها سجلات موثقة ومكتوبة.

ويتوقع خبراء الإدارة أن تزداد أهمية هذا المفهوم من الاعتماد على عمل اللجان في حياة المنظمات في المستقبل. فالمفهوم الواضح والمباشر لعمل اللجان يعتمد في الأساس على خلق ترتيبات تجعل أعضاء اللجنة يفكرون ببصيرة في المشكلات المعقدة، وتجميع معارفهم ومهاراتهم من أجل العمل المنسق المشترك. إلى جانب الفائدة التي يعول عليها الكثيرون من الإداريين بالنسبة لفهم طبيعة عمل اللجان وهي أن الناس عادة – والعاملين بالمنظمات خاصة وعلى رأسها المنظمات الصحية – تميل لقبول وتنفيذ القرارات التي يشتركون هم أنفسهم (أو من يمثلهم) في صنعها، وذلك على عكس القرارات التي تفرض عليهم دون أخذ آرائهم فيها أو مشاركتهم في إعدادها. بالإضافة إلى طبيعة القيادة في المنظمات التي أحياناً ما تضطر إلى مواجهة اتخاذ بعض القرارات التي توصف بأنها غير محببة أو صعبة أو خطيرة (كتقليل عدد الوظائف، أو الاستغناء عن بعض العاملين المحددين، أو خفض الأجور على سبيل المثال)، ولذلك يميلون إلى توزيع مسئولية اتخاذ القرار على عدد أكبر من المتعلقين بتنفيذه، بدلاً من أن يتخذ القرار فرد واحد يتحمل المسئولية عن آثار القرار وحده.

وبالتالي يحتاج عمل اللجان إلى بيئة تنظيمية ومناخ يعزز الثقة والاحترام المتبادلين اللازمين لتحقيق أمان الأفراد في مشاركتهم وإظهارهم لنقاط قواهم وضعفهم دون خشية من إحراج أو دفاع عن النفس عند تناولهم مسألة أو مشكلة ما يلزم اتخاذ قرار بشأنها لصالح المنظمة والمجتمع المحدد الذي تخدمه. ويتحقق ذلك على مستوى المنظمة ككل، وعلى مستوى قياداتها على الأخص، بالاقتناع بأهمية وسيادة الحوار بعقول مفتوحة، حيث توجد إمكانية تعلم كل فرد في المجموعة من الآخر، والوصول لنتيجة تعتمد على الفكر الجماعي الذي ينتج حلول بديلة مبتكرة وواقعية للمشاكل، بدلاً من التفكير المتجمد، والحكم المسبق التقليدي للحلول والذي يعتمد على أمور أخرى غير المصلحة العامة للمنظمة ومجتمعها، ومصلحة العاملين بها.

أغراض اللجان:

يتعرض موضوع اللجان بصفة عامة لكثير من الانتقاد الذي قد يصل إلى حد السخرية أحياناً، مثل القول عن اللجان بأنها «مجموعة من الأشخاص غير الملائمين الذين تم تعيينهم من قبل غير الراغبين للقيام بعمل كل ما هو غير ضروري»، أو «أنها ناد لشرب القهوة». ولكن الحقيقة تفرض أن كل ما يقال عن سلبيات اللجان يعبر عن سوء التطبيق فقط وليس سوء الفكرة. والواقع أيضاً يقول إن اللجان ضرورة في بنية معظم المؤسسات لتسيير المصالح المؤسسية اليومية، وذلك من واقع إمكانية تحقيقها عدد كبير من المميزات والتي من أهمها ما يلي [٢]:

- الاستفادة من التفكير المشترك بين أفراد متعددي الخبرات والقدرات.
- تحقيق التركيز بين مجموعة من الأفراد تشترك في نشاط معين على الموضوع الذي هو مضمون الغرض من اللجنة.
- تحقيق توازن في مواجهة السلطة الواحدة أو وجهة النظر الواحدة عند اتخاذ قرارات المنظمة.
- تأكيد فرصة مشاركة مجموعات أو أفراد معنيين بعمل أو عملية محددة ويهمهم تحقيق أفضل نتائج لعملهم، وذلك لضمان سلامة اتخاذ القرارات.
- تنمية وتطوير روح التعاون والتكامل والعمل المشترك داخل المنظمة.
- اكتساب الوقت اللازم والمناسب قبل اتخاذ إجراءات تنفيذ قرار ما.
- تحقيق فرصة تعليم وتدريب الأفراد قبل قيامهم بعمل محدد.

أنواع اللجان:

يختلف تصنيف اللجان تبعاً لعوامل متعددة، فيوجد العديد من أنواع اللجان المختلفة في طبيعتها باختلاف عوامل عدة أهمها: الهدف المطلوب منها، ووظائفها، وصلاحياتها، وحجمها، وطول مدة تواجدها وتشكيلها. فقد تتشكل اللجان لغرض محدد، أو بسبب تحقيق هذا الغرض يلزم أن تتناول في عملها أغراض أخرى فرعية، وقد تتشكل لتكون لجنة دائمة أو لفترة محددة، وقد تتشكل من عدد كبير من الأعضاء أو عدد قليل جداً من الأعضاء كاللجان الثلاثية للفصل في النزاعات. ولكن التقسيم المتعارف عليه بالنسبة للجان يعتمد على الفترة الزمنية لعمل اللجان، والذي يحددها في نوعين رئيسيين هما [٨]:

- اللجان الدائمة **Standing Committees**: وهي اللجان التي يكون لها مسئوليات وصلاحيات مستمرة ومتجددة يغلب عليها صفة عدم الانتهاء، مثل اللجان التي تنشأ لأغراض التوظيف أو التمويل أو التخطيط على سبيل المثال.
- اللجان المؤقتة **Ad Hoc (Special or Task Force) Committees**: وهي اللجان التي يتم تشكيلها لتحقيق هدف معين ليس له طابع التكرار أو الاستمرار وبالتالي تكون مدة تشكيلها محددة، مثل اللجان التي تتشكل لدراسة موقف معين أو حل مشكلة طارئة، أو للترتيب لمناسبة أو حدث معين.

وبالنسبة للتطبيق على اللجان في مجال الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفيات قدم كل من «كوهين وبايلي، ١٩٩٧» [٩] نموذجاً لتقسيم اللجان يصلح لمجال عمل المستشفيات يمكن تبسيطه فيما يلي:

- لجان (فرق) العمل Work Teams:

وهي وحدات تنظيمية لها صفة مستمرة أو شبه دائمة، ومسئولة عن تقديم الخدمات العلاجية أو البحثية (مثل فرق التمريض، وفرق العمليات الجراحية، ولجان البحوث والتطوير، ولجان التخطيط الإستراتيجي، واللجان العلاجية المختلفة، ولجان التنسيق بين المؤسسات والهيئات الأخرى المعنية بالأمور الصحية). وعضوية هذه اللجان تتكون من أعضاء مختلفين من تخصص واحد أو من عدة تخصصات، كما أن العضوية تكون ثابتة أو غير ثابتة حسب فترة وجود أو عمل عضو اللجنة بالمستشفى.

- اللجان الموازية Parallel Committees:

وهـــي لجان تتكون من أعضاء لهم وظائف أو تخصصات مختلفة أو من أعضاء في لجان أخرى تكون مســئوليتهم أداء عمل معين لا تقوم به عادة المستشــفى في نظامها العــادي الروتيني. وهذا النوع من اللجان تكون ســلطاته محــدودة، وعادة ما يقتصر عملهــا على تقديم توصيات للإدارة العليا بالمستشــفى. ويتمثل هذا النوع من اللجان فــي صورة لجان تحســين الجودة، أو تحســين العمليات التشــغيلية، أو لجان تحديد الاحتياجــات الصحيــة للمجتمع، أو لجان تحديد أو ترشــيح الأطباء المطلوبين للعمل بالمستشــفى. ومن طبيعة عمل هذه اللجان يتضــح أن هذا النوع من اللجان قد يكون عملها دائماً أو مؤقتاً حسب نوع المهمة المطلوبة.

- لجان المشروعات أو البرامج Project or Program Committees:

وهي لجان لها مدة معينة تتشكل لأداء نوع واحد غير مستمر من الأعمال، كاللجان التي تتشــكل لتقديم خدمة جديدة غير موجودة بالمستشــفى (كتوفير خدمة الأشــعة المقطعية أو العلاج النووي)، أو إنشــاء نظام معلومات جديد للمستشــفى (مثل ميكنة نظــام الســجلات الطبية وتحويله لنظام ســجلات إلكترونية)، أو التخطيط لإنشــاء مستشفى جديد، أو تجريب علاج جديد لمرض مزمن معين.

- اللجان الإدارية Administrative Committees:

وهي لجان يكون من مسئولياتها التنسيق والإشراف على الوحدات الصغرى التابعة لهــا كاللجان التي تقــوم بقياس الإنتاجية ومســتوى الأداء، أو لجان الترقيات، ولجان شــئون العاملين، ولجان الانضبــاط، وغيرها. وقد تتكون هذه اللجان على مســتوى مجلس الأمناء، أو مســتوى الإدارة العليا، أو مســتوى الإدارة الوســطى، أو حتى على مستوى أقل مثل الأقسام بالمستشفى.

تحسين أداء وفاعلية اللجان:

قد يساء استخدام اللجان في بعض المنظمات لعدم فهم الدور الذي يجب أن تقوم بــه. فقد يتم تشــكيل لجان لأمور روتينية تافهة لا تســتدعي عمل لجنة بكاملها لمدة معينــة، بل تحتاج فقط لقرار محدد من المســئول عن اتخاذ القــرار، أو قد يلجأ مثل ذلك النوع من المســئولين لتشــكيل لجنة لموضوع ما لمجرد التســويف واكتساب الوقت بدلاً من مواجهة الأمور بحســم، ويعد هذا التصرف نوعاً من التهرب من المســئولية.

وفي بعض الحالات قد لا يفهم بعض أعضاء اللجان الدور المطلوب منهم وديناميكية اتخاذ القرارات أو التوصيات داخل اللجان فيعمدون إلى استغلال وضعهم الوظيفي أو سطوتهم داخل المنظمة مثلاً في السيطرة على عمل اللجنة وفرض آرائهم على بقية أعضاء اللجنة. وبالتالي لا يدركون أنهم بذلك قد فرغوا مفهوم عمل اللجنة من أي مزايا أو مسوغات. أو قد يؤدي مثل هذا الوضع إلى إصدار رأي أو قرار للجنة لا يكون في صالح المنظمة وتظهر آثاره بعد ذلك، وفي هذه الحالة يكون من الصعب إلقاء المسئولية على مجموعة من الأشخاص هم أعضاء اللجنة، في حين لو اتخذ القرار فرد محدد في منصب معين فمن الممكن تحميله مسئولية القرار الفاشل. ومن ناحية أخرى قد تغري الامتيازات التي تمنح لأعضاء اللجان (من بدلات اجتماعات أو بدلات سفر وتكاليف إقامة ... وغيرها) إلى إطالة مدة عمل اللجنة دون مبرر حقيقي مما يشكل إضاعة للوقت والجهد، ويزيد من تكاليف تشكيل اللجان.

ونرى أنه يوجد عدد من العناصر المهمة التي تعتمد عليها كفاءة وفاعلية أداء اللجان ويجعلها أكثر إنتاجية، مثل:

- الصفات والخصائص التي يتميز بها أعضاء اللجنة واللجنة ذاتها (مثل تشكيل اللجنة، وحجمها، والعلاقات بين أعضائها ودرجة التجانس بينهم، والفروق الفردية بين هؤلاء الأعضاء، ودرجة الأمان النفسي، والقيم التي تتميز بها اللجنة).
- والعمل المطلوب من اللجنة (أهداف اللجنة، وتكامل وتناسق دور كل فرد في تحقيق هذه الأهداف).
- والبيئة التي تعمل فيها اللجنة (وتشمل مستوى ونوع العلاقات بين مجموعات العمل «الأقسام والإدارات» ، ودرجة الصراعات بينهم، وثقافة المنظمة).
- ونوعية العمليات أو ديناميكية اللجنة (قيادة اللجان، ودرجة فاعلية وكفاءة الاتصالات، وكيفية اتخاذ القرارات، ودرجة تقبل أعضاء اللجنة للتعلم والتفاعل فيما بينهم). ولذا لا يعد عمل وأداء اللجان عملية بسيطة بل هو في الواقع عمل متعدد العناصر والتركيب، ويتأثر بعوامل عديدة في جميع المستويات الإدارية، والتي يلزم فهمها لتصبح أدوات تساعد في نجاح إدارة اللجان. ويجب التفريق هنا بين بعض المصطلحات التي تستخدم عادة لتحديد عمل اللجان مثل فاعلية اللجنة، وأداء اللجنة، وإنتاجية اللجنة، وعمليات اللجنة، وتطوير اللجنة، وخصائص اللجنة، وبيئة اللجنة.

ففاعليـــة عمل اللجان تتعـــدى نطاق مفهوم أداء اللجان، لتشـــمل إلى جانب الأداء تعليم وتدريب أعضاء اللجنة، ومســـتوى رضائهم، واســـتمرارية اللجنة [10]. ومن هنا يمكن القول إن أبعاد فاعلية اللجان تتحدد فيما يلي: الإنتاجية، وجودة العمل، ورضاء أعضاء اللجنة، وقدرة أعضائها على استمرارية التعاون بينهم.

أمـــا أداء اللجنـــة فيعني مدى تحقيقها للأهداف التي تشـــكلت من أجلها. فبعض اللجـــان تكون أهدافها واضحة في حين يكون بعضٌ منهـــا كذلك متعدداً وغير واضح أو مثيراً حتى للصراعات داخل المنظمة [11]، مثلما يحدث في بعض المستشـفيات التي تكون رســـالتها هي تحقيق غاية الوصول إلى أفضل مقدم خدمة علاجية في المجتمع الـــذي تخدمه، وبالتالي عليهـــا أن تدفع أجوراً أكبر لاجتذاب أفضل الموارد البشـــرية وفي الوقت نفســـه تعطي ميـــزة حجم العمل المعقول والمريح مـــع إتاحة فرص التعليم والتدريـــب للعاملين فيها، وميزة جـــودة الخدمة للمترددين عليها من المواطنين. وحتى بافتـــراض عـــدم تضارب هذ الأهـــداف إلا أنها مصدر كبير للتوتـــر وتوليد الضغوط للجـــان التي تتكون في مثل هذا المستشـــفى في نواحٍ مثل الجـــودة والتعيينات والتعليم والتدريب والشئون المالية. ومن حيث الفاعلية فبالإضافة إلى تحقيق اللجنة لأهدافها يلـــزم النظر إلى أمور مهمة أخرى مثل فرصة تعلـــم أفرادها لمعارف ومهارات جديدة أثناء العمل الذي تقوم به، أو اكتســـاب الخبرة التي تســـاعدهم على تحقيق أهدافهم الشخصية والمهنية والتي بدورها تحقق رضائهم عن عملهم. وبالتالي تعد اللجنة أقل مـــن ناحية الفاعلية إذا لم تحقق الاحتياجـــات الفردية لأعضاء اللجنة على الرغم من إمكانية تحقيقها للأغراض التي تشكلت اللجنة من أجل تحقيقها [12].

أما بالنسبة لإنتاجية اللجنة فتعني كمية العمل التي تؤديها اللجنة بمقدار معين من الموارد (وقت ومال وأفراد وإمكانات). فقد تضع لجنة التخطيط الإســـتراتيجي مثلاً خطة متكاملة سليمة ولكنها تأخذ وقتاً طويلاً في تشغيل عملياتها مما يضيع جدواها وفوائدها.

ويعني بعمليات اللجنة الأنشطة أو الأعمال التي تقوم بها اللجنة، والوسائل المختلفة التـــي تؤدى بها، والتفاعل الذي يحدث في أعمالها والذي من خلاله يتم صنع قرارات اللجنة وحل المشـــاكل التي تواجهها. ولذلك يمكن أن تشمل هذه العمليات كيفية قيادة اللجـــان، ونمط الاتصالات داخل اللجـــان، وبينها وبين الجهات المعنية بعملها خارجها، وعملية صنع واتخاذ القرارات، وعملية التعلم.

ومصطلح تطوير اللجنة يعني المراحل المتعددة التي تمر بها عملية أداء اللجنة لعملها والتي تشمل مرحلة التشكيل وتحديد الاتجاه والتعارف وبداية التفاهم والعمل المهذب بين أعضاء اللجنة. ثم مرحلة العصف والتي تتميز ببداية اختلاف الآراء وإمكانية حدوث صراعات بين أعضاء اللجنة، يمكن التغلب عليها بالتركيز على تعاون وإنجازات اللجنة وليس الأفراد من خلال تحسين العمليات. يلي ذلك مرحلة بروز القيم والمعايير حيث يزداد وينمو تقارب والتفاف أعضاء اللجنة حول هدفها، ويحدث اتفاق على الأدوار والتوقعات والمبادئ والأنشطة التي تؤدي لاتخاذ قرارات لتحقيق الهدف. وبالتالي تدخل اللجنة مرحلة العمل والأداء حيث يتم تحديد دور كل عضو على حدة لتنفيذ خطط العمل، وتظهر الحاجة إلى التحسين المستمر لأداء اللجنة والتجديد والإبداع والأفكار الجديدة، ولزوم وجود قيادة جيدة لقيادة كل ذلك (١٣).

ولا يعني تنظير المراحل التي تمر بها اللجنة من ناحية النضوج والتطور أن تمر كل لجنة بهذه المراحل ككل، وبشكل خطي مطرد. فقد تبدأ اللجنة من مرحلة وضوح القيم والمعايير وذلك في حالة معرفة أعضاء اللجنة بعضهم لبعض من خلال اشتراكهم معاً في لجان قبل ذلك. أو قد يتوقف تطور اللجنة عند مرحلة العصف في حالة نشوء صراعات عميقة، أو عدم وجود قيادة واعية للجنة. كما قد تأخذ اللجنة فترة طويلة في مرحلة ما ثم تحقق سرعة وإنجاز في مراحل أخرى، ولذا لا يمكن تصور تطور خطي موحد متواصل لهذه المراحل النظرية المتعلقة بتطور اللجان (١٤)، بل قد يصل الأمر لدرجة أن تعود اللجنة في مراحل تطورها إلى مرحلة سابقة نتيجة لزيادة مسئوليات أو تغيير أغراض اللجنة، وهذا ما يعرف بمرحلة نكوص اللجنة، أو في حالة ضرورة تحدّي أهداف متوقعة لتحقيقها في كل مرحلة على حدة (١٥).

تشكيل اللجان:

سبق القول إنه يتم تكوين اللجان في المستشفيات لهدف محدد، كحل مشكلة معينة، أو وضع أسس عمل معين، أو الإعداد لمناسبة محدودة، أو مواجهة ظرف طارئ. كما تتكون اللجان طبقاً لما هو محدد في النظام الأساسي للمستشفى ولوائحه الداخلية، حيث تنص وثائق المستشفى على المهام المحددة للجنة معينة والمطلوب منها، وطريقة تشكيلها ومن يشكلها، والعلاقات داخل وخارج اللجنة، وإلى مَنْ ترفع تقاريرها، ومسار معلوماتها، وسلطة البت النهائي فيما تراه اللجنة. وفي جميع الأحوال لا يجب تشكيل أي لجنة دون فهم واضح ومحدد لأغراضها، وتحديد مهامها، وتوضيح علاقاتها ومساراتها وإجراءاتها.

وعلى طريقة السـهل الممتنع يلزم لتشـكيل اللجان حدوث توازن بين تعددية (توزيع الصفـات الفردية) أعضاء اللجنة من حيث السـن، والجنـس، والوظائف، والقدرات الفردية، والسمات الشخصية، والخبرات المطلوبة للأعضاء، وسابقة العمل بعضهم مع بعض في لجان سـابقة أو عمل مهني بالمستشفى، لما لكل ذلك من تأثير مهم على أداء وفاعليـة اللجنة ككل [١٦]. ومفهوم التعددية بصفـة عامة أصبح الآن من الموضوعات المهمة التي توليها المستشـفيات والهيئات المشرفة عليها أهمية خاصة، فالتعددية في المستشـفيات أصبحت من العوامل التي تسـاعد على تطبيق الجـودة وتحقيق الميزة التنافسـية في السـوق، وتخلق فهم تعددية الثقافات. وبالنسـبة لموضـوع التعددية وتشـكيل اللجان يمكن القـول إن اللجنة يجب أن تكون كاملة نظريـاً من ناحية عدد الأعضاء المطلوبين لأداء مهامها، مع تناسب تعدد صفاتهم الفردية، والخبرات المطلوبة لأداء مهامهم. وهذا التناسـب يمثل نقطة وسط حرجة بين اختيار أعضاء متشابهين في الخصائص السـابق الإشـارة إليها بحيث لا يمكن أن يتعلم بعضهم من بعض، أو مختلفين كثيراً في خصائصهم بحيث يصعب تحقيق التواصل والتنسيق بينهم.

والعدد المناسـب لأداء غرض اللجنة يختلف من وضع لآخر حسب ظروف كل لجنة وهدفهـا، إلا أن القاعـدة الذهبية في هذا الصدد أن العدد الأقل أو الأكثر من اللازم لتحقيق مهام وأغراض اللجنة يحمل في مضمونه الكثير من المشاكل الكامنة والتي تعوق عمل اللجنة. فاللجنة التي تتشـكل من عدد كبير من الأعضاء يصعب فيها التنسـيق بينهـم وتحمـل رئيس اللجنة الكثير مـن الأعباء التي كان يمكـن تجنبها، كما يصعب تحقيق الاتصال الفعال بين أعضائهـا وضمان تحقيق العدالة والتلاصق المطلوب بين أفرادهـا[١٧]. وكذلك عدد أعضاء اللجنة الأقل مـن المطلوب يخلق نوعاً من الصعوبة فـي تحقيق الأهداف، وبالتالي تقدم اللجنة نتائج هـي الأفضل من وجهة نظرها نظراً للمعوقات التي تواجهها ولكنها ليست بالضرورة الأفضل بالنسبة للمستشفى. والقاعدة المهمة التي يمكن اسـتنباطها مما سبق أن العدد المناسب لتشكيل اللجنة هو أقل عدد من الأعضاء الذي يسمح بتحقيق مهامها.

لجان الهيئة الطبية Medical Staff Committees:

يلزم لتطبيق اللوائح الداخلية لهيئة الأطباء وللقيام بوظائفها تكوين عدد من اللجان الدائمـة والمؤقتة حسـب ما تقتضـي الحاجة إلى ذلك. ويتم اختيـار وتعيين أعضاء ورؤساء هذه اللجان بواسطة رئيس هيئة الأطباء لمدد محددة سلفاً. ويجب على جميع لجان هيئة الأطباء الاحتفاظ بسـجل للاجتماعات والأنشـطة التي تقوم بها، وتقديم

تقارير دورية حسب ظروف كل لجنة عن الأنشطة التي تنفذها للجنة التنفيذية لهيئة الأطباء. ويختلف عدد اللجان التي تنبثق من الهيئة الطبية تبعاً لحجم المستشفى وطبيعة أنشطته وأهدافه، إلا أنه يمكن تحديد أهم اللجان التي تتكون ضمن تنظيم هيئة الأطباء باللجان التالية (١٨)، (١٩)، (٢٠)، (٢١)، (٢٢)، (٢٣):

١- اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء Executive Committee:

وهي لجنة دائمة تمثل الإدارة الذاتية الفعالة لهيئة الأطباء، بمعنى أنها اللجنة التي تمثل الأطباء. وهي اللجنة التي تتلقى وتناقش تقارير وتوصيات الأقسام الطبية واللجان المختلفة الأخرى لهيئة الأطباء. وتنشأ بموجب ما تم تحديده بالنسبة لواجباتها وخصائصها وطريقة اختيار أعضائها ورئاستها في اللوائح الداخلية لهيئة الأطباء. وتتكون اللجنة التنفيذية من قيادات هيئة الأطباء، ورؤساء الأقسام الإكلينيكية، ورئيس لجنة التعيينات، ورئيس لجنة الجودة، وعضوين من العاملين بهيئة الأطباء. ويكون للمدير المستشفى حق حضور اجتماعات هذه اللجنة كعضو شرفي. وتقوم اللجنة التنفيذية بالعمل المطلوب لتنظيم هيئة الأطباء في الفترات ما بين الاجتماعات الدورية لهيئة الأطباء لمتابعة تنفيذ القرارات والتنسيق بين اللجان المختلفة. وعادة ما تقوم هذه اللجنة بالوظائف التالية:

- تمثيل هيئة الأطباء أمام الإدارة العليا للمستشفى، وتؤدي عملها بصفة عامة بدون موافقة مسبقة من هيئة الأطباء في كل الأمور المتعلقة بالأطباء في الفترات التي تقع بين اجتماعات هيئة الأطباء، فيما عدا ما يتم عليه النص في لائحة هيئة الأطباء.
- تؤدي دور حلقة الوصل بين هيئة الأطباء وإدارة المستشفى.
- تلقي ومراجعة تقارير وتوصيات لجان هيئة الأطباء الأخرى، والأقسام الإكلينيكية، ومجموعات العمل المكلفة الأخرى، ورفع التوصيات اللازمة والمستلمة إلى رئيس هيئة الأطباء.
- تنفيذ السياسات التي تقرها هيئة الأطباء.
- التنسيق بين الأنشطة والسياسات المتخذة من هيئة الأطباء، والأقسام، واللجان.
- التوصية لدى مجلس الأمناء (أو مجلس الإدارة) بالأمور المتعلقة بالعضوية وتجديدها كالتعيينات الجديدة من الأطباء، أو إعادة التعيين، وتوزيع الأطباء، واقتراح الخدمات الطبية المستقبلية، وتحديد الامتيازات الإكلينيكية، ومتابعة وتنفيذ الإجراءات التصحيحية تجاه الأطباء.

- تحمل مسئولية مستوى جودة الرعاية الطبية وكفاءة الخدمات الطبية المقدمة للمرضى أمام مجلس الأمناء وهيئة الأطباء.
- إبلاغ أعضاء هيئة الأطباء بالبرامج والمتطلبات التي تطلبها جهات اعتماد المستشفى لتحديد مستوى ووضع المستشفى من هذه الناحية، وضمان اشتراك جميع الأطباء في هذه العملية، ومنها إجراء الاستقصاءات والدراسات والندوات المتعلقة بهذا الشأن.
- مراجعة وتعديل اللوائح سنوياً (بناء على توصيات لجنة اللوائح الداخلية).

وتجتمع هذه اللجنة مرة واحدة شهرياً على الأقل، ويرأسها عادة رئيس هيئة الأطباء أو نائبه، ويشترك في عضويتها بعض رؤساء الوحدات الطبية أو أعضائها، ويُعيَّن لها سكرتير يقوم بالاحتفاظ بتقارير ومحاضر جميع هذه الاجتماعات. أما التقارير الموجزة والإجراءات المهمة التي اتخذت أثناء الاجتماعات فيتم إرسالها بصفة ربع شهرية إلى الهيئة الطبية ومجلس الأمناء.

٢- لجنة اللوائح الداخلية Bylaws Committee:

وتتكون من أعضاء عاملين من الأطباء ممثلين عن الأقسام الإكلينيكية المختلفة مع مدير المستشفى.

وتضطلع هذه اللجنة بواجبات مراجعة ودراسة اللوائح والقواعد والإرشادات، والتوصية بالتغييرات والتعديلات التي تراها مناسبة لتحقيق انسياب الأعمال الخاصة بهيئة الأطباء، بغرض زيادة فاعلية وكفاءة هذه الأعمال.

وتجتمع هذه اللجنة مرة على الأقل سنوياً، وتُعِدُّ تقريراً عن أنشطتها وتوصياتها ليرفع للجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.

٣- لجنة قبول العضوية (لجنة التعيينات) Credential Committee:

من المعلوم أن اختيار وتعيين العاملين في أي منظمة يتم عن طريق إدارة الأفراد أو تنمية الموارد البشرية، حيث يتم تجميع طلبات الاستخدام واستيفاء متطلبات التعيين والتأكد من صحتها واكتمالها. وهذه الإدارة هي المكان الطبيعي الذي توجد به مسوغات التعيين وكل ما يتعلق بهم محفوظاً في ملفات وسجلات وغيرها. ونظراً لخصوصية المستشفيات نجد أن تقدير مدى أهلية الطبيب للعمل بالمستشفى يقع ضمن مسئولية لجنة مشكلة لذلك من بعض أعضاء الهيئة الطبية، وهي لجنة قبول العضوية أو لجنة اختيار الأطباء.

وتتكون هذه اللجنة من أعضاء في الهيئة الطبية يمثلون الأقسام الطبية المختلفة (من غير أعضاء اللجنة التنفيذية)، في حين يرأسها عضو في اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء. ويتم اختيار أعضاء هذه اللجنة من ذوي الخبرة المهنية والإدارية والذين يتميزون بالموضوعية والحكمة وترجيح المصلحة العامة.

وتقوم اللجنة بأداء الواجبات التالية:

- مراجعة مسوغات التعيين للأطباء المتقدمين لعضوية الهيئة الطبية (الدرجات الجامعية والدبلومات الحاصل عليها الطبيب، وشهادات الخبرة، والمقالات والبحوث العلمية، والكتب التي أسهم في إعدادها، وعضوية الهيئات والمنظمات الطبية التخصصية) والتأكد من صحتها وسلامتها. كما تراعي اللجنة أيضاً الصفات الشخصية ومدى ملاءمتها لطبيعة العمل بالمستشفى.
- تنفيذ متطلبات سياسة المستشفى المتعلقة بالتعيين من حيث كونها سياسة مفتوحة (قبول العضوية وإتاحة الفرصة لأي طبيب يحمل الدرجة العلمية التي تؤهله لممارسة مهنة الطب للعمل بالمستشفى كل أو بعض الوقت)، أو كونها سياسة مغلقة (وتعني اتجاه الهيئة الطبية إلى جعل عدد أعضائها في أضيق الحدود بحيث تضم فقط أفضل التخصصات والخبرات، وبالتالي يجب على الطبيب المتقدم للعضوية أن ينتظر حتى يخلو له مكان في المستشفى وحتى توافق هيئة الأطباء على قبوله عضواً فيها).
- الموافقة على الامتيازات الإكلينيكية التي تتوافق مع التوصيات المرفقة من الأقسام المطلوب العمل فيها.
- إجراء المقابلات مع المتقدمين لطلب العضوية إذا احتاج الأمر ورفع التوصية عن ذلك إلى اللجنة التنفيذية لمنح العضوية والامتيازات وبما يتوافق مع اللوائح.
- مراجعة المعلومات المتوافرة عن الأداء والكفاءة الإكلينيكية للأعضاء العاملين لإعادة التعيين. وتشمل هذه المعلومات اعتبارات التوصيات الخاصة برئيس القسم الذي به امتيازات لطالبي التعيين.

٤- لجنة التعليم الطبي المستمر Continuous Medical Education:

أشرنا من قبل إلى أنه من وظائف المستشفى «الوظيفة التعليمية»، حيث توجد ببعض المستشفيات برامج تعليمية لطلبة كلية الطب (وغالباً ما تتبع هذه المستشفيات كليات الطب ويطلق عليها مسمى المستشفيات التعليمية) والأطباء بعد تخرجهم. وقد

يتيح المستشفى برامج تدريبية للأطباء وأفراد هيئة التمريض والفنيين بعد التخرج (رغم عدم تبعية المستشفى لكلية الطب)، أو حتى برامج التعليم الطبي المستمر للعاملين بها بقصد اكتساب الخبرة ومواكبة التطورات الإدارية والعلمية الطبية المستمرة. ولذا يلزم وجود لجنة بهيئة الأطباء تنظم وتنسق هذه الأنشطة المتعلقة بتدريب وتعليم الأطباء واستمرار إطلاعهم على الجديد في المجال الطبي.

وتتكون لجنة التعليم الطبي المستمر من أعضاء عاملين ممثلين عن الأقسام الإكلينيكية المختلفة. وتقوم بأداء الواجبات التالية:

- وضع خطة وبرنامج التعليم الطبي المستمر، والمشاركة فيه، لضمان توعية الهيئة الطبية بكل ما هو حديث من معارف ومهارات في المجال الطبي والتي تحتاج إليها هيئة الأطباء للارتقاء بمستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى.
- العمل طبقاً لتوصيات اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء والأقسام الإكلينيكية.
- التنسيق بين الأنشطة والبرامج التدريبية والتعليمية بالمستشفى وبين الأنشطة المماثلة التي تتطلبها أو تقوم بها الهيئات التعليمية الخارجية.

وتجتمع اللجنة مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل، وتسجل اجتماعاتها وتقدم تقريراً عن نتائج أعمالها وتوصياتها إلى اللجنة التنفيذية.

٥- لجنة السجلات الطبية Medical Records Committee:

الغرض الأساسي لهذه اللجنة يتحدد في التأكد من اكتمال وصحة معلومات السجلات الطبية للمترددين على المستشفى، والاحتفاظ بها بطريقة سليمة ومنهجية تضمن استعادة سجل المريض بكفاءة وفاعلية عند الحاجة إلى ذلك. وتتم مراجعة السجلات لضمان اكتمال بياناتها في وقتها، وصحتها من الناحية الإكلينيكية والطبية، ومدى ملاءمة معلوماتها للاستخدام في الرعاية الطبية المرغوب فيها للمريض. كما يتم مراجعتها أيضاً لتحديد مدى الاعتماد عليها في دراسات تقييم الرعاية والبرامج الصحية ومدى عكس السجلات للحالات المرضية ومدى تقدمها أو تحسنها من عدمه، كذلك في توثيق وتحديد المسئولية في النواحي القانونية - الطبية. كما تقوم اللجنة بمراجعة مدى مواءمة النماذج التي تستخدم في السجلات الطبية، وطرق حفظها واسترجاعها.

وتتكون لجنة السجلات الطبية من أعضاء من الهيئة الطبية ممثلين للأقسام الطبية

المختلفة، وأعضاء من إدارة التمريض، ومدير قسم السجلات الطبية. وتجتمع لجنة السجلات الطبية شهرياً، وترفع تقريرها وتوصياتها للجنة التنفيذية لهيئة الأطباء.

وأهم واجبات هذه اللجنة ما يلي:

- التأكد من أن السجلات الطبية يمكن الاعتماد عليها لقياس مستوى الرعاية الطبية المقدمة، والاستفادة من التاريخ المرضي في تقديم الرعاية المناسبة للمريض.
- ضمان احتواء السجل الطبي للمريض على وثائق واقعية عن النواحي الطبية، وكذلك القيام بتحمل مسئولية تقييم الرعاية الطبية على أساس الأدلة الموثقة المسجلة.
- مراجعة السجلات الطبية الحالية لضمان وصفها الدقيق لحالة المريض وتقدمه في العلاج، وخطط العلاج التي اتبعت ونتائجها، وتحديد المسئولية فيما يتعلق بكل هذه النواحي.
- مراجعة السجلات للتأكد من استكمالها في حينها.
- الموافقة على تغيير بعض أو جميع نماذج السجل الطبي للمريض، وذلك بالإضافة أو الحذف.

٦- لجنة مراجعة الاستخدام Utilization Review Committee:

وهذه اللجنة تتشكل لغرض مراجعة جميع جوانب الرعاية الصحية المقدمة للمرضى لضمان جودتها وضمان حسن وفاعلية استخدام الأجهزة والمعدات والأدوات والموارد البشرية وإمكانات المستشفى ككل. وتستخدم اللجنة السجلات الطبية في جميع أعمالها. وتهتم اللجنة دائماً بتحديد الحاجة إلى الرعاية الطبية وضرورة توثيق ذلك بالسجلات الطبية لمعرفة مدى أحقية المريض لنوع ومستوى معين من الرعاية وخاصة أحقية حالة المريض للتنويم بالمستشفى. ويلزم أن تضع اللجنة خطة مكتوبة لتحديد ووصف الوسائل المستخدمة لتقييم مدى ملاءمة الرعاية المقدمة لحالة المريض، ودرجة الحاجة إلى هذه الرعاية الطبية وضرورتها. وتقسم الرعاية الطبية التي تقوم اللجنة بمراجعتها وتقييمها إلى: ضرورة الحاجة لدخول المستشفى (التنويم)، مناسبة الرعاية الصحية للمريض خلال التواجد بالمستشفى، الرعاية الصحية المعاونة بالنسبة لاستخدام خدمات الأشعة والمختبرات، وعمل ووجود خطة الخروج من المستشفى، وخطة العلاج بعد الخروج من المستشفى.

وتتكون اللجنة من أعضاء من الهيئة الطبية، وإداريين، وفنيي سجلات طبية.

٧- لجنة ضمان الجودة Quality Committee:

وتقوم هــذه اللجنة بمهمة متابعة وتقييم جودة الرعايــة الطبية المقدمة للمريض، ومتابعــة الأداء الإكلينيكــي لأعضاء الهيئة الطبية، وذلك من خــلال التوثيق الذي يتم بطريقة منهجيــة للوظائف والخدمــات الطبية الموجودة بالمستشــفى بهدف الارتقاء والتحسين المستمر للرعاية الطبية التي تقدمها المستشفى للمرضى.

وتتكون اللجنة من رؤساء الأقسام الإكلينيكية، ورؤساء كلٍ من لجنة السجلات الطبية ولجنة استخدام الدم ولجنة استخدام الأدوية ولجنة التحكم في العدوى، وممثلين عن إدارة المستشفى وإدارة التمريض.

وتؤدي اللجنة الواجبات التالية:

- الإشراف العام والتنسيق بين جميع عمليات المتابعة والتقييم وتحسين مستوى رعاية المرضى بالمستشفى.
- التحليل المســتمر المنظم لمســتوى الممارســة الإكلينيكية ورعايــة المرضى في جميع الأقسام الإكلينيكية.
- مراجعة نتائج وتوصيات الأقســام واللجان التي تتعلق بمتابعة الممارســة الإكلينيكية ورعاية المرضى للتعرف على الاتجاهات، ونمط الأداء، واحتمال المشاكل التي تواجه الخدمات الطبية ورعاية المرضى.
- المتابعة المســتمرة لإيجاد فرص تحســين رعاية المرضى، ومتابعة المشاكل التي تظهر للتأكد من حلها.

وتجتمع اللجنة شــهرياً وترفع تقريرها عن الأنشطة المتاحة والتوصيات إلى اللجنة التنفيذية ومدير المستشفى.

٨- لجنة الأنسجة Tissue Committee:

وتســمى أيضاً لجنة التقييم الجراحي [٢٤]، إذ المســئولية الرئيسية لهذه اللجنة هي مراجعة الإجراءات الجراحية التي يتم فيها اســتئصال نسيج من الجسم أو أخذ عينة منه لتحديد التشــخيص النســيجي للحالة المرضية. وتقــوم اللجنة بذلك من خلال مراجعة المؤشرات الموثقة لضرورة إجراء جراحة ما من عدمه، ومحاولة تقييم العلاقة بين التشخيص قبل إجراء العملية الجراحية والتشخيص بعدها، ولذا تقوم هــذه اللجنة فعــلاً بمحاولــة التقييم الواقعي لقرارات كل جراح في المستشــفى فيما يتعلق بإجراء

العمليات الجراحية والتأكد من ضرورتها وحاجة المريض إليها على ضوء مقارنة التشخيص الإكلينيكي للجراح بالنسبة لحالة المريض بنتائج الفحوص والبحوث المعملية التي أجريت على الأنسجة المنزوعة من المريض أثناء الجراحة، وذلك للتأكد من سلامة قرار الجراح.

ومن الواضح أن الغرض من وجود هذه اللجنة هو الخوف من تسرع بعض الجراحين في اتخاذ قرار إجراء عمليات جراحية لاستئصال بعض أجزاء جسم الإنسان لضعف خبراتهم العملية، أو لاعتقادهم بعدم أهميتها بالنسبة لحالة المريض، أو لعدم فاعليتها في أداء وظائفها. ولعل الدافع الإنساني والحرص من جانب هيئة الأطباء، إلى جانب الخشية من التعرض للإجراءات القضائية من جانب المرضى وخاصة في البلاد التي يزيد فيها وعي المواطنين بحقوقهم وواجباتهم. وتشير التجارب في الدول المتقدمة إلى أن وجود هذه اللجنة في المستشفى لم يساعد فقط في تقليل عدد العمليات الجراحية غير الضرورية فقط، بل ساعد أيضاً في رفع مستوى الرعاية الطبية المقدمة للمرضى، إلى جانب توفير فرص للتعليم والتدريب المهني الطب لأعضاء هيئة الأطباء [٢٤].

وتتكون اللجنة من أعضاء من بعض الجراحين وبعض الأقسام الطبية المعنية، وأعضاء من أقسام المعامل (أخصائيين علم الباثولوجيا)، ومدير قسم السجلات الطبية. وقد يشرف على هذه اللجنة رئيس الهيئة الطبية أو نائبه أو كبير الجراحين بالمستشفى.

٩- لجنة التحكم في العدوى Infection Control Committee:

الغرض الأساسي من وجود هذه اللجنة يتحدد فيما يلي:

- تحديد مصدر العدوى، وهل هذا المصدر بسبب التواجد بالمستشفى أم من خارجها، بمعنى هل اكتسب المريض العدوى بسبب تواجده بالمستشفى أم لا؟.
- السيطرة بصفة عامة على حدوث العدوى.
- تنسيق جميع الجهود المتعلقة بالسيطرة على العدوى وتشمل: التبليغ، والتقييم، والاحتفاظ بسجلات للمرضى أو الزائرين أو العاملين بالمستشفى المكتسبين لعدوى بسبب التواجد بالمستشفى.

ويتم ذلك من خلال جهود متعددة تسهم في تحقيق هذه الأغراض أهمها:

- إعداد خطة للتحكم في العدوى بالمستشفى وتشمل عمل مسح للمناطق المحتمل حدوث عدوى بها.

- تصميم برنامج وقائي للإقلال من مخاطر العدوى.
- مراجعة حالات العدوى المسجلة بسجلات المرضى.
- تعقب مصدر وأسباب حدوث العدوى الناجمة عن التواجد بالمستشفى.
- عمل الاختبارات المعملية اليومية لمعرفة نتائج الفحوص المخبرية للمرضى.
- ترشيد استخدام العقاقير المضادة للميكروبات بغرض تقليل اكتساب الكائنات المسببة للأمراض لمقاومة هذه العقاقير.
- تطبيق إجراءات العزل لمرضى الأمراض المعدية التي تنتقل بطريقة مباشرة من شخص لآخر.
- تطبيق جميع الإجراءات المتعلقة بالنظافة والتعقيم للأيدي والملابس والأدوات والمواد المستخدمة في تشخيص وعلاج المرضى.
- مراقبة نظافة وتطهير الملابس التي يقوم بها قسم المغسلة بالمستشفى.
- مراقبة سلامة الأطعمة التي تقدم للمرضى وسلامة المشتغلين بالأغذية وطرق تداولهم للأطعمة والطرق المتبعة لنظافة المطبخ أو قسم الأغذية بالمستشفى.
- مراقبة الإجراءات التي تتخذ بقسم التعقيم المركزي.
- التأكد من سلامة الطرق والأساليب التي يتم بها التخلص من فضلات المستشفى بكافة أنواعها سواء كانت بقايا من قسم العمليات، أو الإفرازات المتعددة للمرضى، أو التخلص من القمامة العادية، أو فضلات قسم الطوارئ وغرف الغيار وغيرها، ونظافة غرف المرضى.
- وتتشكل هذه اللجنة من ممثلين من بين أعضاء هيئة الأطباء من ذوي الخبرة بالأمراض المعدية، وممثلين عن هيئة التمريض، وأخصائي المختبر (أخصائي علم الميكروبات في حالة تواجده ضمن العاملين بالمختبر)، وممثلين عن غرفة العمليات والنظافة وخدمة الطعام والصيانة والرعاية المركزة، وأحد الإداريين من إدارة المستشفى، ويفضل أن يضم لهذه اللجنة إداري من قسم السجلات الطبية.
- وتجتمع اللجنة مرة كل شهر على الأقل، وترفع تقاريرها وأعمالها بالنتائج والتوصيات إلى كل من اللجنة التنفيذية لهيئة الأطباء ومدير المستشفى.

١٠- لجنة استخدام الدواء Pharmacy and Therapeutic Committee:

تتكون هذه اللجنة من أعضاء ممثلين لمختلف الأقسام الإكلينيكية، وممثلين لإدارة

المستشـفى، والإدارة التمريضية، ومدير الصيدلية. والمهمة الأساسية لهذه اللجنة هي وضع السياسـات والممارسـات المتعلقة باختيار وتوزيع الأدوية المستخدمة بالمستشفى وخاصـة فيما يتعلـق بناحيتي الأمان والفاعلية. كما تقـوم بالمراجعة الدورية لقائمة الأدوية المطلوب استخدامها في المستشفى، وتعريف الأطباء بالجديد في عالم العقاقير الطبية. ولذلك يمكن تحديد واجبات هذه اللجنة فيما يلي:

- إعداد والتقيد بقائمة أدوية محددة بغرض الاستخدام بالمستشفى.
- إعداد سياسة وإجراءات تقييم واختبار وتوزيع وتداول وإعطاء الأدوية التي تستخدم بالمستشفى.
- تحديـد ومراجعة الآثار الجانبيـة التي قد تحدث من جراء اسـتخدام الأدوية في الرعاية الطبية للمرضى.
- مراجعة تناسب فاعلية وأمان المضادات الحيوية في جميع استعمالاتها في مجالات الوقاية والعلاج.
- تعتبر اللجنة الجهة الاسترشـادية للهيئة الطبية وأقسـامها في كل ما يتعلق باختيار الأدوية التي يلزم توافرها بالمستشـفى، وتحديد أصناف الأدوية الأكثر اسـتخداماً بواسطة الأطباء بالمستشفى، والأدوية التي قد ينتج عنها مشاكل أو تمثل خطراً على المرضى عند استخدامها في حالات مرضية معينة، والأدوية التي يفضل استخدامها في حالات محددة للتشخيص أو لإجراء بعض العمليات أو التحاليل الطبية.
- وتجتمع اللجنة مرة كل ثلاثة أشـهر على الأقل، وترفع تقريرها بالنتائج والتوصيات التي تراها للجنة التنفيذية.

١١- لجنة استخدام الدم Blood Transfusion Committee:

وتتكون هذه اللجنة من عدد مناسـب من الباثولوجيين (أخصائيي علم الأمراض)، وممثل عن كل من المختبر وبنك الدم، وأعضاء ممثلين للأقسام الإكلينيكية المختلفة.

وواجبات اللجنة يمكن تحديدها فيما يلي:

- إعداد السياسات الإرشادية لاستخدام ونقل الدم ومشتقاته.
- مراجعة جميع حالات استخدام الدم طبقاً لمعايير الأداء القياسية.
- بحث الحالات التي يحدث لها مضاعفات نتيجة نقل الدم أو مشتقاته.

وتجتمع اللجنة مرة كل ثلاثة أشهر على الأقل، وترفع تقريرها بالنتائج والتوصيات التي تراها لتحسين إجراءات استخدام ونقل الدم إلى اللجنة التنفيذية.

١٢- لجنة الآداب والأخلاق Ethics Committee:

تكتسب هذه اللجنة أهمية كبيرة في العقد الأخير نظراً للقضايا الكثيرة التي ظهرت بالتوازي مع التقدم الكبير في مجال البيولوجية الحيوية والتي من أهم مجالاتها الممارسة الإكلينيكية بالمستشفيات. ومن أهم هذه القضايا: أخلاقيات البحوث الطبية، والإجهاض، والتلقيح الصناعي، والرحم الاصطناعي، والموت الإكلينيكي، وتجارة نقل الدم والبلازما والأعضاء، والاستنساخ، والهندسة الوراثية البشرية وعلم الجينوم، والخلايا الجزعية، وميثاق حقوق المرضى، وسلامة المرضى، والأخلاقيات المهنية، ونوعية الحياة [٢٥].

وتتكون هذه اللجنة من ممثلين عن هيئة الأطباء وهيئة التمريض والإداريين وإدارة المخاطر والقانونيين، رجال الدين والرعاية الاجتماعية.

وواجبات اللجنة يمكن تحديدها فيما يلي:

- تمثيل والدفاع عن المرضى فيما يتعلق بالموضوعات المتعلقة بالأخلاقيات البيولوجية (الخلافات الأخلاقية الناجمة عن التقدم في مجال علم الأحياء، والطب، والتكنولوجية الحيوية، والسياسة، والقانون، والفلسفة، والدين) [٢٦].
- التوصية بالسياسات والإرشادات المتعلقة بالمبادئ الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية بالمستشفيات.
- بحث الحالات - عند الطلب - التي يتقدم بها المرضى أو أسرهم أو أعضاء الفريق الطبي والتي لها خلاف أو خلفية أخلاقية. وواجب اللجنة هنا هو تشجيع ودعم الحوار والتوعية، وإبراز وجهات النظر، واقتراح الحلول حول المسائل التي تتناولها هذه الحالات.
- إنشاء دوريات أو مجلات لمناقشة المسائل الأخلاقية بالمستشفى، وتعليم وتثقيف مقدمي الخدمة والمرضى وعائلاتهم حول المسائل المتعلقة بأخلاقيات الممارسة الطبية.

١٣- لجنة السلامة وإدارة المخاطر Safety/Risk Management Committee:

تختص لجنة السلامة وإدارة المخاطر بإدارة ما قد يحدث من أخطاء طبية، أو

عدوى إصابات للمرضى، أو منع أو الإهمال في العلاج. وتتكون اللجنة على الأقل من مسئول إدارة المخاطر، وممثلين للأطباء، وإدارة الصيدلة، وإدارة التمريض، ومسئول للجودة، ومحلل نظم معلومات [٢٧].

والوظائف الأساسية للجنة تنحصر في البحث وتطوير وتدعيم ما يلي:

- تحديد وتحليل المخاطر والحوادث للتأكد من سلامة مستخدمي الخدمة الطبية وذلك فيما يتعلق بعدوى المستشفيات، ومكافحة ومنع انتشارها، والتحكم في عدم وقوعها مرة أخرى.
- التأكد من تقديم الدعم الكافي للمصابين وعائلاتهم.
- إقامة نظام متابعة يعتمد على التسجيل السليم لجميع الوقائع والأحداث بغرض التحليل الدقيق للأسباب المحتملة.
- التوصية لمجلس الأمناء أو الإدارة بالإجراءات والاشتراطات اللازمة لمنع هذه الأحداث، وكذلك عدم حدوثها مرة أخرى إن حدثت.

التأكد من أن الوسائل والسياسات والإجراءات والمعايير الموجودة يتم تطويرها لتحقيق هدف اكتشاف ومنع أو تقليل المخاطر والحادث النابعة من استخدام خدمات المستشفى.

- تقديم تقرير سنوي لمجلس الإدارة العليا - يتضمن توصيات محددة - فيما يتعلق بإدارة المخاطر في بيئة المستشفى.
- التأكد من توافر المعلومات المناسبة وتنفيذ برامج التدريب اللازمة بالمستشفى للأشخاص المعنيين بها.
- التنسيق مع لجنة الجودة بالمجلس.

الاجتماعات العامة لهيئة الأطباء: [٢٨]

أ- الاجتماعات الدورية Regular Meetings:

تجتمع هيئة الأطباء مرة كل ثلاثة أشهر في مواعيد معينة يحددها رئيس الهيئة في بداية العام (في بداية كل عام)، وذلك بغرض مراجعة وتقييم التقارير والتوصيات المقدمة من الأقسام واللجان، والتصرف في الأعمال المطروحة في جدول الأعمال المتعلق بالاجتماع والمعد بواسطة رئيس الهيئة. وعادة ما يتضمن جدول الأعمال بالترتيب ما يلي:

- قراءة واعتماد محضر الاجتماع السابق.
- مناقشة ما قد يكن متبقياً من الاجتماع السابق.
- التقرير الإداري لمدير المستشفى.
- التقارير الخاصة بقيادات الهيئة الطبية والأقسام واللجان، خاصة أنشطة ضمان الجودة والأنشطة المتعلقة بالأطباء.
- ما يستجد من أعمال.
- البرنامج التدريبي والتعليمي للأطباء.
- ختام الاجتماع.

ب- الاجتماعات الخاصة Special Meetings:

يمكن دعوة هيئة الأطباء لاجتماع خاص بواسطة رئيس الهيئة أو غالبية أعضاء اللجنة التنفيذية أو ربع أعضاء الهيئة الطبية على الأقل. وتنحصر قرارات هذا الاجتماع فقط في كل ما يتعلق بالغرض المحدد الذي من أجله عقد الاجتماع. ويتحدد جدول الاجتماع فيما يلي:

- قراءة السبب (الموضوع) من عقد الاجتماع.
- تحديد ومناقشة الأعمال المسببة والمتعلقة بالدعوة لعقد الاجتماع.
- ختام الاجتماع.

ج- النصاب القانوني Quorum:

يلزم تواجد العدد القانوني من الأعضاء في أي اجتماع لتصبح قراراتها ذات فاعلية، وذلك بحضور ٥١ ٪ من مجموع الأعضاء العاملين بالهيئة في أي من الاجتماعات الدورية أو الخاصة التي يتم فيها عمل أي تعديل في اللوائح والقواعد والإرشادات المتعلقة بأعمال هيئة الأطباء.

يجب تواجد ٣٠ ٪ من الأعضاء العاملين ليكفي اعتماد القرارات التي تتخذها هيئة الأطباء فيما يتعلق بأي أعمال أخرى (غير تعديل اللوائح والقواعد والإرشادات).

في حالة تواجد موضوع يخص لجنة أو اجتماع بها أعضاء غير أطباء يجب تواجد طبيب واحد على الأقل يمثل هذه اللجنة.

د- محاضر الاجتماعات Minutes of a Meeting:

يجب أن يحتوي محضر الاجتماع على ما يثبت حضور الأعضاء، ونتائج التصويت على أي من الأمور، والنتائج الأخرى والتوصيات. ويتم التوقيع على محضر الاجتماع من رئيس الاجتماع، ويقدم لرئيس هيئة الأطباء. كما يتم الاحتفاظ بسجل دائم للاجتماعات يسجل فيه أهم ما جاء بها.

هـ- الحضور Attendance:

من حيث المبدأ يجب على كل عضو عامل أو مؤقت بهيئة الأطباء حضور جميع اجتماعات الهيئة الطبية واجتماعات الأقسام واللجان في مجال عمله إذا كانت ظروف العمل تسمح بذلك.

كل عضو عامل أو مؤقت يجب عليه – على الأقل – حضور:

- ٧٥ ٪ من جميع اجتماعات الهيئة الطبية.
- ٧٥ ٪ من جميع اجتماعات الأقسام واللجان التي هو عضوٌ فيها.

إدارة اللجان [(٢٩)، (٣٠)]:

(كيف يمكن جعل اجتماعات اللجان أكثر فاعلية)

- قبل الاجتماع:

أ- اكتشاف البدائل الإدارية المتاحة غير اجتماع اللجنة:

اتخاذ القرار المطلوب في مسألة ما من الجهة أو الإدارة المسئولة مما يجعل الحاجة إلى اجتماع اللجنة غير ضروري.

تأجيل الاجتماع لحين التأكد وإعداد جدول الاجتماع القادم بطريقة فعالة تربط بين النتائج المتوقعة من الاجتماع المقترح ونتائج وتوصيات الاجتماع السابق للجنة.

إلغاء الاجتماع بعد طرح سؤال مهم هو «هل عقد هذا الاجتماع يعد ضرورياً؟».

ب- التقليل من عدد الحضور والمشاركات:

يلزم فقط دعوة الأعضاء المحددين للجنة مع تحديد المشاركات التي سيقومون بها وفقاً للوقت المتاح للاجتماع.

ج- اختيار الوقت المناسب للاجتماع:

يجب اختيار الميعاد المناسب للاجتماع بحيث يمكن ضمان حضور الأفراد المناسبين أو اللازمين لحضور الاجتماع لما يمتلكونه من وقائع أو وثائق أو خبرات متعلقة بجدول أعمال الاجتماع.

د- تحديد الهدف من الاجتماع:

يلزم تحديد الغرض من الاجتماع بوضوح (كصورة ذهنية) قبل الدعوة للاجتماع، وليس مجرد الدعوة للاجتماع بقصد تنفيذ ما جاء باللائحة الموضوعة أو أي قصد آخر.

هـ- توزيع جدول الأعمال قبل الاجتماع:

توزيع جدول الاجتماع قبل عقده يساعد المشتركين فيه على إعداد البيانات أو المعلومات المطلوبة بحيث يمكنهم من اتخاذ وجهات نظر محددة مبنية على رأي موضوعي، أو على الأقل تحضير أنفسهم لتوقعات معينة مبنية على ما جاء بجدول الاجتماع.

و- حساب تكلفة الاجتماع:

يمكن حساب تكلفة الاجتماع لكل دقيقة يستغرقها الاجتماع من خلال حساب إجمالي المرتبات للحاضرين للاجتماع بالدقيقة، مع إضافة ٣٥٪ نظير البدلات والمكافآت التي يحصلون عليها. وبالتالي سيكون هناك إحساس محدد بتكلفة التأخر دقائق عن موعد الاجتماع، أو تكلفة الوقت المحدد لمناقشة كل موضوع مقارنة بدرجة أهميته، وبذلك يمكن تحديد الموضوعات التي يلزم مناقشتها بالاجتماع من عدمه، وتحديد الوقت النسبي الذي يجب تخصيصه لكل موضوع تبعاً لأهميته النسبية.

- أثناء الاجتماع:

أ- البدء في الوقت المحدد:

مهما كانت الظروف، يلزم بدء الاجتماع في الميعاد الذي تحديده من قبل، وبلا أي استثناءات وإلا أصبحت عادة. ويلزم التنبيه لذلك بجدٍّ قبل التنفيذ بحيث يفهم جميع المشتركين أنه لا يوجد بديل لذلك.

ب- تحديد توقيت ومسئول لكتابة للاجتماع:

تحديد توقيت لكل موضـــوع بجدول أعمال الاجتماع، ومتابعة تنفيذ هذا التوقيت، مــع معرفة الوقت المتبقي علـــى نهاية الاجتماع وموضوعات جـــدول الأعمال التي لم تناقش بعد، وتسجيل أهم ما دار بالاجتماع.

ج- التحكم بالمقاطعات:

عدم السماح بأي مقاطعات تسبب توقف الاجتماع (تليفونات، مقابلات، توقيعات.. إلخ) إلا في حالات الضرورة القصوى.

د- البدء - والتمسك - بما جاء بجدول الاجتماع:

يلزم البدء بالبند الأول بأجندة الاجتماع «نحن هنا لمناقشـــة ...»، «الغرض من هذا الاجتماع هو ...»، «النقطة التالية هي تقرير ...».

هـ- تحقيق الهدف من الاجتماع:

يجب النظر دائماً للغرض الأساسي الذي من أجله تم عقد الاجتماع (لبحث وتحليل مشـــكلة، للبحث عن بدائل غير تقليدية لوضع مـــا، لاتخاذ قرار محدد حول وضع ما، لإعلان أو تقرير وجهة نظر محددة، ...)، وهل تم تحقيق ذلك؟.

و- التركيز على النتائج:

يجـــب إعادة صياغـــة وتلخيص نص النتائج والتكليفات التـــي تم التوصل إليها في الاجتماع حتى يتـــم التأكد من وجود موافقة عليه، وتوفير الدعم لها عند تنفيذها، أو حتى لمجرد تذكرة الحاضرين للاجتماع لما تم التوصل إليه.

ز- نهاية الاجتماع:

للالتـــزام بالوقت المحدد لنهايـــة الاجتماع فإنه من المفيـــد ترتيب جدول الاجتماع حسب ما خطط له حتى يتمكن الحاضرون من الالتزام بالوقت المحدد للاجتماع، ويتم ذلك من خلال وضع ترتيب لمناقشة الموضوعات الأكثر أهمية في بداية الاجتماع للتأكد من أن الموضوعات الأقل أهمية هي فقط التي يمكن تأجيلها أو اســـتكمال مناقشـــتها في الاجتماع القادم.

س- تقييم الاجتماع:

لتقييم الاجتماع يمكن استخدام قائمة مكتوبة من الأسئلة يجيب عنها كل من حضر الاجتماع قبل أن يغادر مكان الاجتماع، ولا يلزم التوقيع بالاسم على استمارة التقييم. ويتم جمع هذه الاستمارات بعد ملئها وتسليمها لرئيس الاجتماع لمراجعتها. وأهم الأسئلة التي تحتويها هذه القائمة ما يلي:

- هل الغرض من الاجتماع كان واضحاً؟
- هل كانت أجندة (جدول) الاجتماع موزعة قبل الاجتماع؟
- هل تم تسليم البيانات والمعلومات التي تتعلق بموضوعات الاجتماع قبل انعقاده؟
- هل بدأ الاجتماع في الوقت المحدد له من قبل؟ وإذا كان الاجتماع لم يبدأ في وقته المحدد، فما الأسباب؟
- هل تم الالتزام بترتيب جدول الاجتماع؟ أو كان يتم الانتقال بين الموضوعات المدرجة بجدول الأعمال بلا مبرر لذلك؟
- هل تحقق الغرض من الاجتماع؟
- هل تم تحديد التكليفات المطلوبة ومواعيد الانتهاء منها؟
- ما نسبة الوقت الضائع أو الوقت الذي لم يستغل بفاعلية من إجمالي وقت الاجتماع؟ ولماذا؟

- بعد الاجتماع:

أ- التعجيل بتوزيع محضر الاجتماع:

يجب الإسراع بتحضير محضر الجلسة التي تمت، على أن يكون مختصراً بحيث لا يحتوي إلا على النقاط المهمة في الموضوعات التي تمت مناقشتها بالاجتماع، وعلى أن يتم توزيعه في خلال فترة من ٢٤-٤٨ ساعة. ويعد محضر الاجتماع نوعاً من التوثيق الذي يساعد على استرجاع ما تم في الاجتماع، وكذلك يعد وسيلة مهمة لمتابعة تنفيذ ما تم اتخاذه من قرارات.

ب- عمل تقرير للإنجاز:

لتأكيد فاعلية الاجتماع يجب عمل تقرير بما تم تحقيقه من إنجازات في الاجتماع ومتابعة تنفيذ القرارات التي اتخذت، وتطور هذا التنفيذ للتدخل عند اللزوم.

والقرارات التي لا تنفذ يجب عمل قائمة بها ومناقشتها تحت عنوان «ما لم يتم إنجازه من أعمال» في جدول أعمال اجتماع اللجنة المقبل.

ج- «جرد» أعمال اللجان:

يجب عمل «استقصاء» شامل لجميع اللجان لمعرفة هل تم تحقيق أهدافها أم لا، وخاصة تلك الأهداف التي كان من المتوقع لها أن تتحقق، ولماذا لم تتحقق؟. مع النظر بجدية لكل لجنة على حدة بحيث يتقرر هل من الضروري استمرار عملها أو توقفه.

التفكير الجمعي Groupthink:

(إدارة مجموعة في اجتماع):

التفكير الجمعي أو الجماعي أو تفكير القطيع يعني تجمع عدد من الأفراد حول وجهة نظر أو قرار ضعيف أو غير سليم. أو هو نوع التفكير الذي يتقدم فيه الحفاظ على تماسك المجموعة وسيادتها على البحث في الوقائع بحثاً موضوعياً [٣١]. ويظهر التفكير الجمعي عندما تسود فكرة تجانس المجموعة وضرورة اتخاذ القرارات بالإجماع على جهود التدبر المنطقية لتقييم أي وضع أو مسألة. ومن البديهيات التي يعلمها الجميع في أي مجموعة أو اجتماع تنظيمي أن الشعور بالحرج أو الارتباك، أو الخوف من العواقب أو المحاسبة، أو الإيحاء الماكر غير الصريح من الرئيس بضرورة اتخاذ القرارات بالإجماع، تمنع كلها الفرد من الإعراب عن وجهة نظره وأفكاره الشخصية بحرية وشفافية. والخطر هنا لا يكون فقط في أن كل فرد في المجموعة لا يستطيع أن يكشف اعتراضه القوي على المقترح من القرارات، بل يكون في محاولة كل فرد التفكير في أن هذه المقترحات جيدة دون أن يحاول حتى ممارسة النقد الموضوعي المتمعن الذي يمهد الطريق للاعتراض على المقترحات المعروضة [٣٢].

وينشأ التفكير الجمعي عندما يتم إحكام ربط مجموعة من الأفراد – بجميع الطرق – بعضهم ببعض ليبدو رأيهم واحداً أو إجماعياً. وهذه العملية تتميز بالنقص الواضح في تبادل الآراء والبيانات والمعلومات التي من الممكن أن تثير اختلافات أو تناقضات بين أفراد مجموعة ما. كما تتصف أيضاً بوجود عدم رغبة بين الأفراد في التمعن وفحص هذه البيانات والمعلومات عندما يتم تعرضهم لها أو عرضها عليهم.

أعراض التفكير الجمعي [٣٣] Symptoms of Groupthink:

وجود وهم «الإجماع» فيما يتعلق بوجهات النظر التي تعتنقها أغلبية أفراد المجموعة أو الفريق أو اللجنة، مع التركيز واللعب على نغمة «روح الفريق».

النظـر إلى وجهات النظر المعارضة أو المنتقدة على أنها غير محببة، أو قاصرة، أو أنهـا غيـر قادرة على مواجهة أي إجراء للأغلبية بفاعليـة، أي لا فائدة منها. وتكون هذه النظرة عامة بغض النظر عن خطورة القرارات التي يتم مناقشـتها واتخاذها، أو الصعاب التي قد تواجه خطة العمل المطلوب إنجاحها.

المراقبة الذاتية لأفراد المجموعة التي يتم بمقتضاها عدم إظهار المعارضة الواضحة والصريحة لما قد ترتضيه الأغلبية من الأعضاء. وبالتالي تقل جميع الوقائع والأعمال التـي قد يظهر منهـا أنها تنتقص من وجهـة النظر الغلبة لمجمـوع الأفراد، وتختفي مظاهر التساؤل عن المقترحات التي تبدو خاطئة، وتخمد محاولات التشكك الشخصي من أجل تشكيل وإظهار «الهارمونية» أو تناسق واتفاق الجماعة.

المبالغة في البحث عن أسـباب موضوعية جماعية للقرارات المتخذة لخلق الشعور بالراحـة لدى كل فرد في الجماعـة، وبغرض تقليل الهواجـس المتعلقة بالقرارات أو الخطط المتفق عليها بأنها غير عملية أو في الغالب لن يتسنى لها النجاح.

خلـق المبـررات العقلية الذاتية بـين الأعضاء والتي يتم توظفيهـا لمنع أي فرد من محاولـة التقليل من أهمية الإجمـاع الواضح، ولحماية من يعتقـدون في أهميته من الأفكار والمعلومات التي تعتقد عكس ذلك والتي تهدد فكرة الإجماع.

فرض توجه «الإجماع» والضغط المباشر على أي فرد في المجموعة يظهر تحفظاته القوية أو تحديه أو مجادلته للإجماع الواضح بين باقي الأعضاء.

إظهار الرضاء والارتياح النفسـي الذي يدعم أفراد المجموعة في اعتقادهم أن ما يفعلونـه هو تصرف أخلاقي ومهني، وبالتالي لا يشـعرون بذنب من جراء تصرفاتهم بشـكل يرضي الجماعة، وعدم النظر بجدية إلى من ينظر إلى سـلوكهم على أنه غير أخلاقي أو مهني.

شيوع وهم «عدم التعرض» لأي أخطار واضحة، بمعنى تأكيد أنه لن يحدث شيءٌ سـيئٌ، وبذلك يتم الإحساس بالتفاؤل بين الأعضاء والذي يظهر في رغبتهم في اتخاذ قرارات تحتمل مخاطر غير عادية.

كيفية تجنب التفكير الجمعي Remedies of Groupthink[٣٤]:

١- تشجيع رئيس جلسة الاجتماع:

قائد أو رئيس الاجتماع يجب عليه تشجيع التعبير الحر عن وجهات نظر الأقلية بين المجتمعين في اجتماع، وعليه أن يبذل كل ما يمكنه لحماية الأفراد الذين يتعرضون لهجوم من زملائهم الآخرين نتيجة لوجهات نظره المخالفة. وعليه أيضاً أن يخلق للأقلية فرصاً لتوضيح وجهة نظرهم.

٢- دعم مبدأ تعدد وجهات النظر:

يلزم محاولة تشكيل تركيبة المجموعة على أساس قبول التعددية في وجهات النظر. فالمدخلات المتعددة في تفكير وديناميكية الجماعة تشجع على إبراز المخاطر غير الواضحة، والسلبيات، والمزايا التي عادة ما يتم تجاهلها بسبب تفعيل منطق المجموعة المتجانسة.

٣- الاعتقاد بمشروعية الاختلاف:

كل فرد في الاجتماع يجب أن يأخذ فرصته في القيام بدوره في عملية التقييم النقدي للأمور المطروحة، وتشجيعه من بقية الأفراد وقائد الاجتماع على إظهار تحفظاته الموضوعية.

٤- الإيمان بمبدأ «خلق الأفكار» في مقابل مبدأ «انتقاد الأفكار»:

الاتجاه لتقييم الأفكار حال ظهورها - بدلاً من الانتظار حتى تتجمع كل الاقتراحات والأفكار - يعمل على الحد من التعبير عن وجهات النظر المختلفة، ويحصر حرية التفكير، ويمنع الآخرين من الاستفادة من الأفكار المختلفة والتحاور حولها.

٥- الاستفادة من معرفة مزايا وعيوب كل حل مطروح:

على المجموعة أن تحاول استكشاف مزايا أي حل يطرح وتحدد البدائل الممكنة. وهذه العملية تتيح التفكير في قائمة للجوانب المختلفة لكل مشكلة، وبالتالي يمكن تناول كل جانب على حدة واحداً بعد الآخر. وبهذه الطريقة تظهر في النهاية إيجابيات وسلبيات كل إستراتيجية يمكن طرحها، ولتكون الأساس لظهور فكرة جديدة يتعاظم فيها المزايا المطلوبة ويقل فيها العيوب التي لا يمكن تجنبها.

٦- تشجيع المنهجيات الجديدة وتنمية القوى البشرية:

فـــي حالات كثيرة يكون تفعيل التفكير الذاتي بالمشـــاكل أو بالاشـــتراك مع آخرين ســـبيلاً لاكتشاف وجهات نظر ومنهجيات جديدة، وكذلك اكتشاف إمكانيات كبيرة في الأفراد الذين لم تتح لهم الفرصة من قبل لإبراز هذه الإمكانيات، وكل ذلك يؤدي إلى تعزيز الأصول وخاصة البشرية منها التي يمتلكها المستشفى.

٧- اختبار أو مراجعة عمليات الجماعة:

يلـــزم مراجعة العمليات التي تســـتخدمها أي مجموعة من الأفـــراد بطريقة دورية لتقييم الطريقة التي يعمل بها الأفراد بعضهم مع بعض.

توثيق الاجتماعات:

تعد الاجتماعات من أهم وسائل الاتصال بين أعضاء جماعة معينة أو فريق عمل، فالاجتماع فـــي اللغة مصدر اجتمع، و«اجتمع القوم» معنـــاه انضم بعضهم إلى بعض، أي اجتمـــع عدد من الأفـــراد في مكان معين وزمان محدد لمناقشـــة بعض القضايا أو المشكلات بهدف وضع حلول ومقترحات معينة يكون من شأن تحقيقها إدراك الأهداف المطلوب الوصول إليها. وتقوم الاجتماعات على فكرة الاســـتفادة من خبرات متعددة وبمحتويات مختلفة تســـاعد على توليد الأفكار وتلاقح العقول وتضافر الجهود. فمن خـــلال الاجتماعات يتم تبادل الآراء، وتناقـــش وجهات النظر، وتحلل الأفكار، وتعرض المشـــكلات المختلفـــة، وتقترح الحلـــول والتوصيات، وكل ذلك بغـــرض تحقيق أهداف محـــددة. وحتـــى تؤدي الاجتماعات الغـــرض المطلوب منها بكفـــاءة وفاعلية يجب أن تقوم على أســـس علمية واضحة تتسم بالتنظيم والدقة واستثمار عامل الوقت بطريقة مثلى.

ويعد محضر الاجتماع وثيقة تتضمن عناصر متعددة تشير إلى مجريات الأمور في الاجتمـــاع، ويمكن الرجوع إليها حين الحاجة لأنهـــا تمثل أعمال اللجنة، وخاصة فيما يتعلق بالنواحي القانونية والمحاسبية التي يوفرها القانون واللوائح السائدة. فأي شيء أو ادعاء لا يمكن إثبات وجوده بمحضر الجلســـة يعتبر غير حقيقي ولا يمكن تنفيذه. ولا يوجد مســـتوى معياري معين لمحتوى وشـــكل محضر الاجتمـــاع، إلا أنه من اللازم وجـــود معلومات كافية في محضر الاجتمـــاع لوصف كيفية توصل الأعضاء المجتمعين بموضوعيـــة ومعقولية للقرارات التي تم اتخاذها بالاجتمـــاع. ومن الضروري أن يتم كتابـــة محضر الاجتمـــاع بطريقة تتواءم مع ثقافة وأهداف المستشـــفى. ومن الناحية

القانونية فإنه من المتعارف عليه أن تتضمن وثيقة محضر الاجتماع الشـروط والبنود التالية:

- تضمين اسم المستشـفى، وتاريخ ووقت عقد الاجتماع، ومن قام بالدعوة للاجتماع، ومـن حضر الاجتماع من أعضاء اللجنة، ومن اعتذر أو تغيب منهم عن عدم حضور الاجتماع، ومدى توافر النصاب القانوني لعقده.
- توافر الوضوح من حيث اللغة والمضمون والإخراج.
- البعد عن كل من الإسهاب والتفصيلات المملة والتي لا داعي لها، وفي الوقت نفسه يلزم أيضاً البعد عن الإيجاز المخل الذي تضيع معه أمور مهمة كان يلزم تدوينها.
- الالتزام بالواقعية والصدق في كتابة ما تم في الاجتماع.
- ذكر أسماء الأعضاء الذين اعترضوا أو امتنعوا عن التصويت على القرارات، وحالات تضارب المصالح إن وجدت.
- التركيز على ما تم اتخاذه من قرارات وتوصيات واقتراحات في الاجتماع.
- تأكيد توقيع محضر الاجتماع من الرئيس والمقرر (سكرتير) اللجنة.
- إثبات وقت انتهاء الاجتماع.

ويقوم سكرتير أو مقرر اللجنة بكتابة ملاحظات الاجتماع خلال الاجتماع ذاته، ثم يقوم بتوزيع محضر الاجتماع بعد كتابته على الأعضاء قبل عقد الاجتماع التالي وذلك لمراجعته. وتتم مراجعة المحضر السـابق والتصديـق عليه وذلك ضمن جدول أعمال الاجتماع التالي.

وفيما يلي نموذج لمحضر جلسـة لجنة بالمستشفى يمكن الرجوع إليه لتبين احتواءه على البنود والشروط التي تم الإشارة إليها فيما سبق:

نموذج لمحضر اجتماع جلسة لجنة.

محضر اجتماع

لجنة .... لمستشفى ....

(محضر اجتماع الجلسة رقم .... لعام ....)

عقدت لجنة .... بمستشفى .... جلستها .... لعام ....
وذلك في تمام الساعة .... من صباح يوم .... الموافق .... بمقر
.... وبرئاسة السيد/ .... وبحضور كل من:

- ....
- ....
- ....

وقد اعتذر عن عدم الحضور كل من:

- ....
- ....

وتغيب عن الاجتماع:

- ....
- ....

واستهل رئيس اللجنة الجلسة بذكر «بسم الله الرحمن الرحيم» ثم رحب بالسادة الحضور أعضاء اللجنة، وبدأ سعادته في عرض الموضوعات المدرجة على جدول الأعمال على النحو التالي:

١- التصديق على محضر الجلسة السابق:

القرار - التصديق على محضر الجلسة السابق بعد إجراء التصويبات التالية:

الموضوع رقم ٢: ....

الموضوع رقم : ....

- بشأن الموافقة على التشكيل الجديد المتعلق بـ ....

القرار: الموافقة على التشكيل الجديد.

٣- مذكرة رئيس الإدارة المركزية بشأن زيادة عدد الأسرة بقسم ....

القرار: عرض الموضوع على الشئون القانونية.

٤- ....

٥- ....

وإلى هنا انتهت اللجنة من نظر الموضوعات المعروضة بجدول الأعمال اليوم فأعلن رئيس اللجنة رفع الجلسة وذلك في تمام الساعة ....

مقرر اللجنة رئيس اللجنة

مراجع الفصل السادس:

1- ACEP, A Little Committee Work Goes a Long Way, Retrived from http://www.acep.org/content.aspx?id=34076 at 20/3/1432.

2- Grumback K. and Bodenheimer T., Can Primary Health Care Teams Improve Primary Care Practice?, Journal of the American Medical Association, 2004. 291 (10), 1246-1251.

3- Ball, M. J., Culture of Safty, Advance for Nurses, 2005, October 25, 7 (23), 31-32.

4- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, Health Care Management: Organization Design and Behavior, Fifth Edition, Thomson Delmar Learning, Thomson Corporation, N.Y., U.S.A., 2006. PP. 177-178.

٥- عباس، صلاح، تنمية مهارات تشكيل اللجان وإدارة الاجتماعات، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٧م، ص ١١.

6- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, 2006. op. cit., P. 179.

٧- زهران، مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، المؤلف، ٢٠٠٧م، الصفحات ١٢٥-١٣٦.

8- Administrative Policy and/or Procedure, Hospital Committee Guidelines, King Faisal Specialist & Research Centre, Publication and Effective Date: 16 Dhu Al-Qada 1410 (09 June 1990).

9- Cohen, S. G., & Bailey, D. E., What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite, Journal of Management, 1997, 23, 239-290.

10- Hackman, J. R., A Set of Methods for Research on Work Teams, Technical Report No. 1, School of Organization and Management, New Haven, CT, Yale University, 1982.

11- Brodbeck, F., Work Group Performance and Effectiveness: Conceptual and Measurement Issues, In M. A West (Ed.), Handbook of Work Group Psychology, Chichester Wily, 1996. PP. 285-315.

12- Cummings, T., Self-regulating work groups: A Socio-technical synthesis, Academy of Management Review, 1978, 3, 643-648.

13- Buchbinder, Sharon B. and Shanks, Nancy H., Introduction to Health Care Management, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, USA, 2007. P. 312.

14- Gersick, C. J., Making Time: Predictable transitions in task groups, Academy of Management, 1989, 32, 274-309.

15- Furst, S. A., Reeves, M., Rosen, B., & Blackburn, R. S., Managing the life cycle of virtual teams, Academy of Management, 2004, 18, 6-20.

16- Jackson, S. E., Joshi, A., & Erhardt, N. L., Recent research on teams and organizational diversity: SWOT analysis and implications, Journal of management, 2003, 29 (6), 801-830.

17- Colquitt, J. A., Noe, R. A., & Jackson, C. L., Justice in teams: Antecedents and consequences of procedural justice climate. Personnel Psychology, 2002, 55, 83-100.

١٨- حرستاني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الإدارة العامة للبحوث، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤١٠هـ/١٩٩٠م. الصفحات ١٥٠-١٥٦.

19- Cambridge Consultant Corporation, Development The Hospital Medical Staff Organization, Workshop for Medical Staff Leadership, The Cost Recovery for Health Project, Cairo, Egypt, September 13-14, 1994. PP. 1-4.

20- Cambridge Consultant Corporation, Model Medical Staff Bylaws for Decreed Facilities, The Cost Recovery for Health Project, Ministry of Health / Project Directorate and United States Agency for International Development, Cairo, Egypt, December 31, 1994. PP. 19-26.

٢١- نصيرات، فريد توفيق، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م. الصفحات ٢٧٨-٢٨٨.

٢٢- نصيرات، فريد توفيق، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، ٢٠٠٨م/١٤٢٨هـ. الصفحات ٩٧-١٠٦.

٢٣- زهران، مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، ٢٠٠٧م. مرجع سبق ذكره. الصفحات ١٢٧-١٥٥.

٢٤- علي، زهير حنفي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٨. ص ١٠٧، ١١٠.

٢٥- جولديم، ج. ر.، إعادة النظر في بداية أخلاقيات بيولوجية: مساهمة فريتز يار ١٩٢٧، بريسبيكت بيول ميد، خلاصة القول، ٢٠٠٩م. الصفحات ٣٧٧-٣٨٠.

26- Agich, George J. and Youngner, Stuart J., For Example Only? Access to Hospital Committees, Hastings Center Report, Sept-Oct, 1991.

27- Lott, Dalton & McDonald, Lauren & Park, Chad, Quality and Risk Management, Quality and Risk Management Committee of the Board of Managers of Dallas County Hospital District, Dallas, Texas, USA, May 25, 2010.

28- Administrative Policy and/or Procedure, King Faisal Specialist & Research Centre, op. cit. 1410 (1990).

29- Mackenzie, R. Alec, The Time Trap , AMACOM, a division of American Management Association, 1972. PP. 110-112.

30- Cambridge Consultant Corporation, Model Medical Staff Bylaws for Deemed Facilities, op. cit. 1994. PP. 19-26.

31- Buchanan, David & Huczynski, Andrzej, Organizational Behavior, Introductory Text, Third Edition, Prentice Hall, 1997.

32- Von Berger C.W., Jr. and Kirk R. J., Groupthink: When Too Many Heads Spoil the Decision, Management Review, March 1978, by AMACOM, a division of American Management Association.

33- Irving, Janis, Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascoes, Second Edition, Houghton Miffin, New York, USA, 1982.

34- Ahlfinger, Richardson and Esser, James, Testing the Groupthink Model: Effects of Promotional Leadership and Conformity Predisposition, Social Behavior and Personality, 2001. PP. 31-42.

الفصل السابع
السلوك التنظيمي في المنظمات الصحية

تمهيد:

منذ أن خلق الله الإنسان على هذه الأرض وهو يحس بالاحتياج للعيش وسط مجموعة أو مجتمع. وقد تطور الإنسان عبر التاريخ ومر بمراحل عديدة أوصلته إلى المرحلة الحالية التي نعيش فيها، والتي تتميز بالمجتمع الكبير الذي يؤثر ويتأثر بعوامل كثيرة أهمها سرعة التغيير والتطور التقني، وتعدد الاختراعات والمبتكرات الإبداعية، وسهولة تبادل المعلومات، لدرجة أنه رغم كبر العالم وتعدد سكانه وزيادة عددهم إلا أنه يطلق على العالم اليوم مصطلح «القرية الصغيرة». وفي ذلك العصر تهيمن المنظمات على مختلف مناحي حياة الإنسان بجميع صورها، فهي التي تقدم له احتياجاته المختلفة من السلع والخدمات، بالإضافة إلى أن عدداً كبيراً من شرائح المجتمع المعاصر تعمل في هذه المنظمات. والواقع أن بعض المنظمات لا تعطي العنصر الإنساني المكانة التي يستحقها، وتضع قيوداً كثيرة على حريته لا تساعد في نموه وتطوره وإبداعه، وهي بذلك تضعه في درجة مساوية لعناصر الإنتاج الأخرى مع أنه هو المستخدم والمحرك والهدف من جميع هذه العناصر الإنتاجية.

والحقيقة أنه يمكن النظر إلى المنظمات على أنها في الأساس كيانات اجتماعية، وبذلك يكون الإنسان هو أهم عناصرها، من حيث إنه المحرك الأساسي لتحقيق أهدافها ونجاحها وتطورها. وقد تغيرت كثيراً النظرة السلبية التقليدية المتعلقة بالعنصر الإنساني في المنظمات منذ عشرينيات القرن الماضي، وتحولت النظرة التقليدية التي كانت ترى أن ضعف إنتاجية المنظمة يرجع في الأساس إلى أن العاملين فيها كسالى بطبعهم وأنه يلزم دفعهم للعمل بواسطة آليات العقاب والتهديد إلى نظرة جديدة تعطي الإنسان قيمته الحقيقية التي تتناسب مع دوره الحيوي في بناء ونجاح المنظمات. فالدراسات والتجارب الحديثة ركزت على حل مشاكل الإنتاجية والأداء والكفاءة والفاعلية للمنظمات من خلال دراسة أهمية إعادة تصميم العمل والمنظمات، والجودة الشاملة، واختيار القيادات المناسبة، وإشراك العاملين في وضع السياسات والأهداف وحل المشكلات واتخاذ القرارات، وتحفيز العاملين للاستفادة من قدراتهم وإمكاناتهم الظاهرة والكامنة. وبالتالي عملت هذه الدراسات على دراسة السلوك الإنساني وتوجيهه لخدمة أهداف المنظمات.

وإذا كانت هذه الحقيقة مهمة جداً لجميع المنظمات فإنها تزداد أهمية في المنظمات الصحيـة على وجه الخصـوص، نظراً لزيادة أهمية دور العنصر البشـري في تقديم الرعاية الصحية، وتعدد الفئات مـن العاملين من أطباء وتمريض وفنيين وأخصائيين وإداريين، إذ تشارك جميعاً في تقديم الرعاية الصحية لمريض بعينه، إلى جانب حقيقة أن العنصر البشـري في مهنة الطب لا يزال هو العنصر الأساسي في اتخاذ القرارات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والوقاية.

ماهية السلوك التنظيمي Concept of Organizational Behavior:

يلزم في البداية توضيح أن السـلوك الإنسـاني التنظيمي (أو الإداري) هو المدخل السـلوكي لدراسـة إدارة المستشـفيات والمرافق الصحية الأخرى، بل هو في الحقيقة المدخل السـلوكي لدراسـة الإدارة بصفة عامة وليس كل مناهج دراسة الإدارة، لأنه لا يمكن إغفال وجود مداخل أخرى لدراسة الإدارة كالعمليات والنظم، والأسلوب الكمي، والموقفي، وغيرها ... لأنه لا يمكن لأحد أن يفسـر ويتفهم المنظمات من خلال شـرح وتفسير سلوك واتجاهات الأفراد فقط [1].

ولنبدأ أولاً بالتعرف على ما هو مقصود بالسـلوك الإنسـاني، فالسلوك هو جميع ما يصدر من الإنسـان من تصرفات، سواء كانت خفية أو ظاهرة، فطرية أو مكتسبة، مسموعة أو مرئية. بمعنى أنه «الأعمال والأفعال التي يقوم بها الكائن العام، وهو ردود فعل الإنسـان للمثيرات التي تصادفه بشكل عام وفي أي زمان ومكان». ويمكن بذلك تصنيفه إلى نوعين: السلوك الداخلي أو الخفي وهو السلوك الذي يصدر عن الإنسان ولا يشاهده الناس كالتأمل والتفكير، والسلوك الخارجي أو الظاهر وهو السلوك الذي يشـاهده الناس مثل الأكل والشـرب والتصرفات المرئية. كما يمكن تقسـيم السلوك الإنساني من زاوية أخرى إلى نوعين آخرين هما: السلوك الفطري وهو السلوك الذي يمارسـه الإنسـان منذ ولادته دون أن يتعلمه أو يتدرب عليه كبكاء الطفل طلباً لحاجة وممارسة الرضاعة، والسلوك المكتسب وهو السلوك الذي يمارسه الإنسان منذ الصغر عن طريق التعلم أو التدريب على بعض الأنشطة والمهارات كالقراءة والكتابة وممارسة الألعاب الرياضية وغيرها.

ويقصد بالسـلوك أيضاً «الاستجابات التي تصدر عن الفرد نتيجة لاحتكاكه بغيره من الأفـراد أو نتيجة لاتصاله بالبيئة الخارجية» [2]. وبالتالي يتضمن هذا السـلوك في محيـط العمل بالمنظمات الصحية وغيرها من المنظمـات كل ما يصدر من الفرد

من أعمال وأفكار وانفعالات وكلام وحركات ومشاعر، نتيجة لمثيرات مختلفة كالأقوال والأفعال والقرارات والعلاقات والسياسات وضغوط العمل، ونحوها.

ولذلك يمكن تعريف السلوك التنظيمي بأنه «دراسة وتطبيق المعرفة المتعلقة بكيفية تصرف وسلوك الأفراد في المنظمة»[٣]. وبناءً على هذا يرى كثير من الباحثين والعلماء في مجال السلوك التنظيمي أنه يعني «تفهم وتفسير السلوك الإنساني في المنظمات والتنبؤ به، وضبطه والتحكم فيه من أجل تحقيق أهداف المنظمة بكفاءة وفاعلية»[٤]. وهذا السلوك أو الاستجابات تتنوع بالقطع باختلاف التكوين الجسماني والنفسي والاجتماعي والاقتصادي والروحي للفرد، وكذلك باختلاف البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة تبعاً للنشاط الرئيسي الذي تزاوله (كاختلاف بيئة منظمات تقديم الخدمات الصحية عن مثيلتها في منظمات إنتاج السيارات مثلاً). وقد تصدر هذه الاستجابات من فرد بعينه أو مجموعة معينة أو من التنظيم ككل.

ومما سبق يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع مختلفة من السلوك الإنساني كما يلي:

- السلوك الفردي: وهو السلوك الصادر عن شخص معين، وهو مجال اهتمام علم النفس.
- السلوك الاجتماعي: وهو السلوك المتمثل في علاقة الفرد مع آخرين في جماعة، وهو مجال اهتمام علم الاجتماع.
- السلوك التنظيمي: وهو سلوك الأفراد في محيط العمل أو داخل المنظمات، وهو مجال اهتمام كل من علم النفس والاجتماع والإدارة.

ويدخل في نطاق دراسة السلوك التنظيمي بالمنظمات الصحية موضوعات عديدة مثل تلك التي تتعلق بالعمل، والوظيفة، والعاملين، والإنتاجية، والكفاءة، والبيئة، والتنظيم، والاتجاهات، والسياسات، والمشاعر والدوافع والتحفيز، والشخصية الإدارية، والقيادة، والتنظيمات غير الرسمية، وغيرها. لأن سلوك الإنسان، كما أشير من قبل إلى ذلك، هو عبارة عن نشاطات يؤديها الإنسان في حياته، وعمله الوظيفي يعد جزءاً من هذه الأنشطة أو جزءاً من سلوكه العام، ونابعاً من كونه إنساناً. كما أن دراسة السلوك التنظيمي يعد أيضاً عاملاً مساعداً في فهم الأسلوب الذي يؤدي به الإنسان واجباته ومسئولياته الوظيفية، وبالتالي يمكن توجيه هذا السلوك الوجهة السليمة لتحقيق أهداف الإدارة والمنظمة التي ينتمي إليها.

التنظيم الفعال والسلوك التنظيمي:

الإدارة الناجحة الفعالة هي المحرك الأساسي لنجاح المنظمات الصحية مثلها في ذلك مثل غيرها من المنظمات الأخرى. والتطور الإداري الذي تم على يد الكثيرين من مفكري الإدارة بمدارسهم المختلفة في القرن الماضي أدى إلى الاهتمام بالعنصر الإنساني ودوره في نجاح أو فشل المنظمات. وفتحت تجارب «هوثورن» في النصف الأول من القرن الماضي الباب على مصراعيه لمزيد من التفكير عن طبيعة الإنسان، والنظر إليه باعتباره كائناً اجتماعياً إيجابياً له احتياجات مختلفة ومحددة، ويحتاج للإشراف الداعم الذي يتفهم ديناميكية الجماعة، ودور كل ذلك وتأثيره على أداء العمل [5]. ووظيفة التنظيم - باعتبارها ذات وضع معروف وكونها إحدى وظائف الإدارة الرئيسية- هي التي تحدد أدوار وسلطات وواجبات ومسئوليات العاملين في جميع المستويات الإدارية لتحقيق أهداف المنظمة ونجاحها، وبذلك تفرض على المديرين البحث المستمر عن الوسائل والطرق والمعارف التي تمكنهم من تفعيل النظرة إلى العاملين معهم على أنهم موارد حيوية للمنظمة يلزم التفاعل معها بوصفها العامل الأهم في تحديد قدرات المنظمات على استثمار الفرص المواتية، ومواجهة التهديدات والمصاعب، وبوصفها مصدر القدرة على الإبداع والابتكار والتنويع وحل المشكلات. وأصبحت الآن العملية الإدارية وسلوك الأفراد في المنظمات مرتبطين بشكل وثيق ولا يمكن الفصل بينهما.

ويمكن تقسيم أهم التطبيقات التنظيمية للمفاهيم الأساسية للسلوك التنظيمي بوضعها في مجموعات رئيسة تتعلق بالفرد نفسه، ويتفاعله مع الآخرين في محيط العمل، وبالعمليات التنظيمية المختلفة كما يلي:

- التطبيقات التي تتعلق بالفرد: وتتضمن الشخصية، والإدراك، والاتجاهات والدافعية، والتعلم، والاتجاهات، وضغوط العمل.
- عمليات التفاعل بين الأفراد: وتشمل عمليات الاتصال، والقيادة، وديناميكية الجماعة، والصراع التنظيمي، وصنع القرارات.
- العمليات التنظيمية: وتحتوي تصميم المنظمات، وتصميم الأعمال، والثقافة والإبداع، والتغيير التنظيمي.

وسوف نتعرض في الصفحات التالية إلى أهم هذه التطبيقات كالشخصية والدافعية والقيادة وإدارة الصراع، لزيادة تأثيرها على عملية التنظيم في المرافق الصحية وتشابكها وتفاعلها وتأثرها بعضها ببعض.

الشخصية الإدارية Administrative Personality:

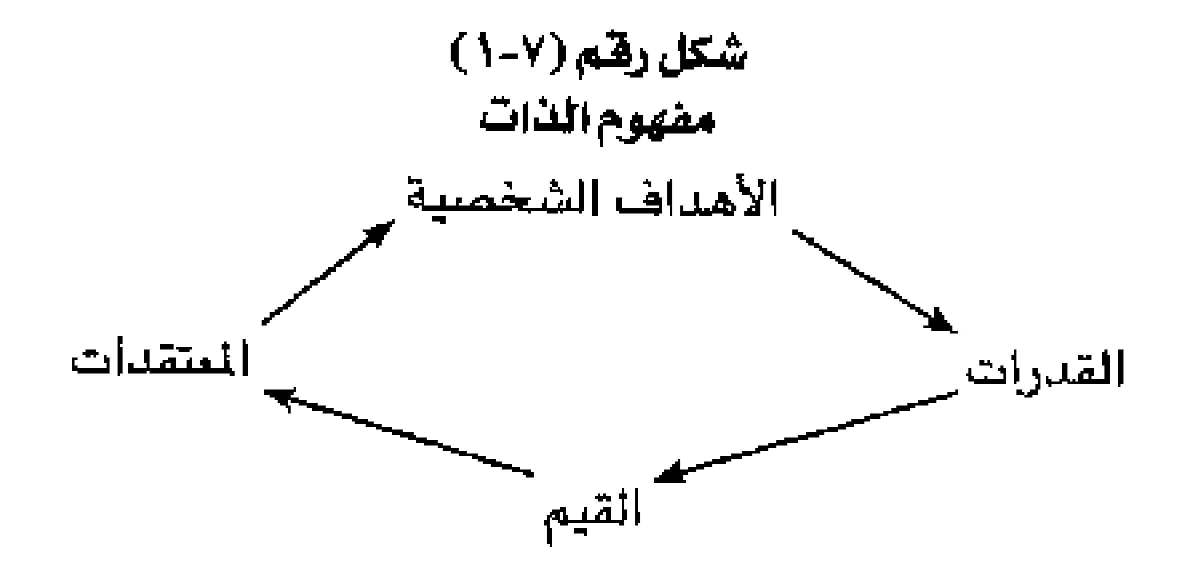
تعد الشخصية أحد المتغيرات المهمة المتعلقة بالفرد والتي تؤثر في سلوكه وتصرفاته، ولهذا حظي موضوع الشخصية الإدارية باهتمام كبير من قبل منظري الإدارة واعتمدوا على دراسات علم النفس لفهم الشخصية الإنسانية رغبةً في تفسير سلوك الفرد، للمساعدة في التنبؤ بسلوكه عند وجود المؤثرات أو المثيرات المختلفة.

وتوجد تعريفات متعددة لمفهوم الشخصية إلا أن التعريف الذي يمكن الرجوع إليه هنا هو تعريف «جوردون البورت» والذي يتحدد في أن الشخصية هي «التنظيم الديناميكي داخل نظام النفس والجسم للإنسان والذي يحدد تكيفه المتميز مع البيئة» [٦]. كما يعرف «كاتل» الشخصية بأنها «ذلك الشيء الذي يسمح بالتنبؤ بما سيفعله الشخص في موقف معين» [٧]. وبالرغم من تعدد تعريفات الشخصية إلا أنها تركز على الخصائص التالية [٨]:

- الشخصية شيء مجرد غير ملموس أو محسوس وفي غاية التعقيد.
- الشخصية تتضمن مكونات وعناصر عديدة جسمانية ونفسية وانفعالية، وشعورية ولا شعورية، ذاتية وبيئية.
- تفاعل مكونات وعناصر الشخصية لتشكل كلاً أو نسقاً أو نظاماً متكاملاً تتفاعل فيه هذه المكونات مع بعضها ومع البيئة مكونة هوية مميزة للفرد.
- تشير الشخصية إلى وجود تمايز واختلاف بين الناس حسب اختلاف شخصية أي فرد.
- تتصف الشخصية بدرجة من الثبات والاستقرار النسبي رغم أن الشخصية بطبيعتها ديناميكية ومتطورة.
- لأن الشخصية تتميز بنوع من الثبات النسبي فإن ذلك يساعد على التنبؤ بسلوك الفرد في الظروف المتشابهة.

ونظراً إلى اتفاق أغلب مفكري علم السلوك وعلم النفس على أن الشخصية «نظام» يتكون من عدة مكونات أو عناصر أو نظم فرعية تشمل المظهر الجسماني، وأسلوب الإدراك والتفكير، والأفعال والمشاعر، والعواطف والقيم. ويمكن بطريقة أخرى إجمال ذلك في القول بأن نظام الشخصية يتمحور حول أربعة نظم فرعية هي: الأهداف الشخصية، والقدرات، والمعتقدات، والقيم، تترابط ويتفاعل بعضها مع بعض لتتوحد في كل متكامل من خلال نظام فرعي آخر هو مفهوم الذات [٩]. ويمكن توضيح ذلك بالشكل التالي:

شكل رقم (٧-١)
مفهوم الذات



محددات الشخصية:

محددات الشخصية هي العوامل التي لها أكبر الأثر في تطوير شخصية الإنسان، فشخصية الإنسان تنمو عبر مراحل تطورية وكذلك المنظمات. والشخصية السوية تمر بمراحل عديدة في نسق متسلسل بدءاً من الاعتمادية فالمبادرة فالجد والمثابرة فالهوية فالألفة والعلاقات الحميمة فالعطاء الخالص وانتهاءً باحترام الذات. إن كل مرحلة تقود إلى التي تليها، وإذا عالجناها بالترتيب وبشكل جيد فإن النمو سيكون على أتمه، وإذا حدث وتجاوزنا إحدى هذه المراحل فإننا نجد أنفسنا بحاجة إلى بذل الوقت والجهد لإعادة تأكيد تلك الخاصية [١٠]. ويلخص بعض المفكرين المحددات المهمة للشخصية في ثلاثة عوامل رئيسة هي: الوراثة والبيئة والموقف [١١]، في حين يتوسع البعض في تحديد العوامل والمؤثرات التي تحدد الشخصية في خمس مجموعات رئيسة هي [١٢]:

١- العوامل البيولوجية: وتشمل هذه العوامل الوراثة، وهندسة الجينات، والذكاء، ودور المخ وتكوينه، والخصائص الجسمانية (التكوين الجسماني)، والتغذية الراجعة البيولوجية.

٢- العوامل الثقافية: تعد الثقافة العامل الأهم ضمن العوامل البيئية التي تؤثر على تطوير الشخصية، ويعدها البعض أكثر تأثيراً من العوامل البيولوجية.

٣- دور الأسرة: تؤدي الأسرة دوراً مؤثراً في تكوين وتطوير شخصية الطفل، ويقوم الوالدان في الأساس بدور الوسيط بين الثقافة والطفل، من ناحية الاختيار والتفسير والتطبيع والتكيف الاجتماعي للطفل. ومن العوامل الأسرية التي تؤثر في تكوين شخصية الطفل ظروف الأسرة المالية والاجتماعية والثقافية والعاطفية، وترتيب الطفل بين إخوته، والطلاق، ووفاة أحد أو كلا الوالدين.

٤- العوامل الاجتماعية: تستكمل عملية التطبيع الاجتماعي للفرد بعد مرحلة الطفولة، حيث يؤثر كثير من الأفراد والجماعات والمنظمات – بالإضافة إلى الوالدين – على شخصية الفرد. وتؤدي المنظمات – التي يهمنا هنا منها المرافق الصحية – التي يعمل فيها الأفراد دوراً واضحاً في هذه العملية من حيث إن المنظمات كيانات اجتماعية، فتقوم بتعليم القيم والمعايير وأنماط السلوك وذلك من خلال:
- توفير فرصة العمل للفرد تشعره بالتحدي من بداية التحاقه بالعمل.
- توفير التدريب اللازم لنوعية العمل.
- اختيار المشرف المناسب لقيادة عملية التطبيع الاجتماعي بالمنظمة.
- وضع الأفراد الجدد في جماعات عمل تتمتع بمعنويات عالية.
- التعامل مع الآخرين في المنظمة.

٥- العوامل الموقفية: رغم التأثير الواضح للعوامل السابقة في تنمية وتطوير شخصية الفرد على نحو معين فإنه لا يمكن التنبؤ بدقة بسلوك الفرد عند مواجهته حادثة أو موقفاً معيناً. لأن لكل موقف عوامل ومتغيرات كثيرة تتفاعل مع عوامل ذاتية تتعلق بالفرد ومن ضمنها شخصيته، ولذا يفرز كل موقف محدد سلوكاً معيناً لا يمكن التنبؤ به بدقة سلفاً.

أنماط الشخصية Personality Models:

الحقيقة العامة التي يعرفها الجميع هي أن الناس مختلفون، رغم وجود نوع من التشابه أو التجانس في بعض الخصائص والسمات بين بعض الأفراد تميزهم عن غيرهم. ولذلك يمكن تصنيف الناس إلى أنماط أو فئات اعتماداً على سمات وخصائص أساسية محددة تكون لها صفة الظهور والغلبة على بقية السمات الأخرى للشخصية، مع ملاحظة استمرار صعوبة تفسير سلوك الفرد استناداً لسمة معينة غالبة. فالشخصية تظل محصلة تفاعل عوامل وجوانب عديدة، إلا أن توافر سمة معينة أو عكسها بشكل قوي يمكن أن يساعد في التنبؤ بسلوك الفرد وتفسيره إلى حد كبير [١٢]. والسمة هي الحكم على الفرد وشخصيته من خلال صفات منفردة ومميزة، في حين أن نمط الشخصية هو الحكم على الفرد من خلال نمط مكون من عدد من السمات.

وتعود أهمية تنميط الشخصيات اعتماداً على السمات الأساسية المهيمنة على الشخصية إلى أن ذلك يساعد المديرين في المنظمات الصحية على وجه الخصوص في تكوين جماعات العمل المتجانسة، وتطبيق أساليب القيادة والتوجيه والتحفيز المناسبة لأنواع الشخصيات المختلفة، وتوجيه القوى العاملة نحو المهام والأعمال التي تتوافق متطلباتها مع نمط الشخصيات. كما يفيد ذلك أيضاً في النواحي التدريبية للأفراد أو إعادة تأهيلهم لأعمال تتفق مع أنماط شخصياتهم.

سمات الشخصية Personality Traits:

تتعدد السمات الشخصية للأفراد إلا أن أغلب الباحثين في مجال علم النفس اتفقوا على أنه يوجد خمس سمات كبرى رئيسة ومهمة لأبعاد الشخصيات تؤثر في أدائه، ويمكن بواسطتها التنبؤ بسلوك الفرد في موقف معين (رغم صعوبة قياس هذه السمات). ويمكن إجمال هذه السمات فيما يلي [١٤]:

- الاستعداد (الاتزان العاطفي): وتعني المدى الذي تكون عليه شخصية الفرد متزنة وهادئة ومثابرة ومتحمسة ومرنة وآمنة.
- القبول: وتعني قدرة الشخص على التكيف مع الآخرين وتفهمهم، واستعداده للتعامل والتعاون معهم، والثقة بالآخرين.
- الضمير: ويشير إلى المدى الذي يكون فيه الشخص مسئولاً ويعتمد عليه، ومنظماً، وحريصاً.
- الانفتاح: وهي سمة رئيسة تتعلق بمدى كون الفرد مفكراً، وقدرته على التخيل والتصور، وإحساسه الفني، واستعداده لتغيير الأفكار والاتجاهات، والإصغاء للآخرين.
- الاتجاه للخارج: إلى أي مدى اجتماعي يرغب الشخص في الاجتماع بالآخرين والتحدث معهم، وشعوره بالارتياح في علاقاته معهم.

ويرى بعض الباحثين أنه توجد سمات (خصائص) أخرى للشخصية تتعلق بسلوك الأفراد بالمنظمات لها أهمية متزايدة في هذا المجال منها [١٥، ١٦]:

- المقدرة الذاتية: المدى الذي يشعر فيه الفرد بقدراته ومهاراته لإنجاز عمله.
- احترام الذات: إلى أي مدى يشعر الفرد باحترامه لنفسه، وأنه إنسان ذو قيمة.
- مركز السيطرة: إحساس الفرد بأنه يسيطر على حياته وسلوكه وتصرفاته، وأنه سيد نفسه.

- السلطة: شعور الفرد بأن الفروق في القوة والسلطة بين الأفراد في المنظمة عادلة ومناسبة.
- المخاطرة: درجة استعداد الفرد لانتهاز الفرص واتخاذ قرارات تتصف بالمخاطرة.
- الميكافيلية: وهي توضح واقعية الفرد، وإيمانه بأن الغاية تبرر الوسيلة، والرغبة في امتلاك القوة والسيطرة على الآخرين.

مما سبق يمكن القول إن إدراك الفروق الفردية أو الشخصية بين الأفراد في المنظمات الصحية وغير الصحية يُمكِّن المديرين من محاولة تحقيق التوافق بين الشخصيات والأعمال. ودراسة الشخصية تساعد على التعرف على الأشخاص الذين نتعامل معهم في حياتنا اليومية داخل المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى، وهذه المعرفة تساعد بالتالي على إدراك التوافق المطلوب بين الرؤساء والمرؤوسين. وبصفة عامة يمكن إجمال الفوائد التي يمكن أن تجنيها المنظمة والمديرون من دراسة الشخصية في النواحي التالية:

- المساعدة في التعرف على بعض الخصائص الذاتية للفرد من حيث اتجاهاته وقدراته ورغباته وأثر ذلك على عمله، وتعامله مع غيره ضمن تنظيم المنظمة.
- تحديد صفات الفرد الذي يناسب عمل معين، وتوزيع الأعمال داخل المنظمة وفقاً للفروق الفردية، ومن ثم وضع الرجل المناسب في المكان المناسب.
- معرفة درجة النضج التي عليها المتقدم للعمل ومدى مناسبة ذلك مع متطلبات المنظمة.
- معرفة العوامل التي تؤثر في شخصية الفرد وبذلك تتمكن الإدارة من التحكم فيها والتعامل معها بما يحقق مصلحة المنظمة.
- المفاضلة بين الأفراد.
- تحديد نوعية الإشراف والقيادة الملائمة للأفراد من حيث السمات والخصائص الشخصية.

الدوافع (الدافعية) MOTIVATIONS:

يعتبر موضوع الدوافع أحد الموضوعات المهمة في مجال السلوك التنظيمي والأداء في المنظمات الصحية. فالنظرة إلى العاملين على أنهم «تروس صغيرة في عجلة كبيرة» ويمكن تحفيزهم بالمال فقط أصبحت نظرة ساذجة. فالعاملون يمكن تحفيزهم

بوسائل عديدة ومختلفة تشمل التحدي في الوظيفة، والإنجاز، والتقدم، والمال، ونحوها . وعلى المديرين معرفة الأسـاليب التي تزيد من مستويات الكفاءة والفاعلية التنظيمية، أو المحافظة عليها على أقل تقدير، ويتطلب ذلك حسـن اسـتغلال كل موارد المنظمة المالية والمادية والبشـرية. وفي المجمل يمكن القول إن دراسة الدافعية تهتم بالأساس بمعرفة الإجابة عن أسئلة محددة مثل: لماذا يتصرف العاملون على نحو معين؟، ولماذا يكـرس بعض العاملين وقتهم للعمل؟، فـي حين يبذل آخرون أقل مجهود ممكن؟، لماذا يرضى عامل بعمله ويستمتع به في حين أن عاملاً آخر يستاء من عمله ويكرهه؟ [١٧].

ويعد العمل في المرافق الصحية- وخاصة المستشفيات - من أكثر المهن التي تعتمد في تأدية مهامها على التفاعل بين أشخاص من تخصصات وبقدرات مختلفة يسهم كل منهم بدور محدد في عملية ومسئولية تحسين والمحافظة على صحة الأفراد المترددين طلباً للخدمة الصحية. وعلى سبيل المثال يعد العمل في صورة فريق يعمل على تقديم خدمة صحية معينة من أهم العوامل التي تسهم في تخفيض حدوث الأخطاء الطبية[١٨]. ولهذا يعتبر تحفيز الآخرين موضوعاً رئيساً ومهمة أساسية لمديري المستشفيات، ويعد في الوقت نفسـه من أصعب المهام التي يضطلعون بها وذلك للارتقاء بالأداء من أجل تحقيق الأهداف المرجوة التي تحددها الإدارة. وبالتحديد تفيد عملية تحفيز العاملين في مجال الرعاية الصحية في تحسين الإنتاجية، والكفاءة، والحد من غياب العاملين، والتأخيـر عن المواعيد المقررة للعمل، وزيادة القدرة على حل المشـاكل، وزيادة المقدرة الإبداعيـة والابتكارية، وتطوير العمل [١٩]. كما يسـاعد ذلـك أيضاً في فهم أن عمل كل فرد يعتمد على عمل آخرين غيره وبالتالي تنمية روح التعاون وعمل الفريق، وخلق اتجاهات وثقافة «التوجه للعميل» باستمرار، وتحمل الفرد لمسئوليات أكبر [٢٠]، وتنمية فئـات العاملين النادرة كالعاملين في مجال تكنولوجيا المعلومات، وتشـجيع السـلوك الأخلاقـي والمهني المتعلق بمهنة الخدمات الصحيـة. وتأتي الحوافز في نهاية عملية الدافعية والتي تحتوي علـى مصطلحات عديدة: كالنقص أو الحاجات، والبواعث أو القوى، والحوافز. ولفهم كل ذلك يلزم التعرض لماهية الدافعية وتعريفها كما يلي:

تعريف الدافعية Definition of Motivation:

تتعـدد التعريفـات المتعلقة بالدوافـع نتيجة لاختلاف مفاهيم الكتـاب والباحثين وتحليلاتهم للدافعية. فأبسط تعريف للدافعية يحددها في أنها «سلوك موجه لتحقيق هـدف» [٢١]. وآخـر يعرفها بأنها «حاجات أو قوى داخلية في الفرد تشـكل أساسـاً

للسلوك»[٣٢]. أما «ستيرز» و«بورتر» فيعرفانها على أنها «حالة من الإحساس أو التفكير التي يمكن من خلالها أن يكتسب الفرد طاقة، أو يتم تحريضه لأداء عمل أو الاشتراك في سلوك معين»[٣٣].

ويوجد بعض الأسرار أو المعتقدات المتعلقة بالدافعية المأخوذة من منطوق التعريفات المتعددة للدافعية ولا تدل على جوهرها. ومن أهم هذه المعتقدات:

- **الدافعية في حد ذاتها تزيد الإنتاجية:** والرد على ذلك يكمن في عدم كفاية الدافعية وحدها لزيادة الإنتاجية، لأنه يلزم التفريق بين الأداء والإنتاجية. فالأداء لا يعتمد فقط على الدافعية بل يعتمد أيضاً على المقدرة ومجموعة كبيرة من العوامل الموقفية مثل توافر الموارد اللازمة للأداء الجيد[٣٤]. فعلى سبيل المثال لا يضمن أعظم جراح في العالم نجاح عملياته ما لم يكن لديه المستلزمات الطبية ووسائل التشخيص الحديثة والمعدات التقنية التي تساعده على أداء عمله بنجاح.
- **يمكن إثارة دوافع بعض العاملين في حين لا يمكن إثارتها عند البعض الآخر:** وتعتمد وجهة النظر هذه على أن الدوافع صفة ثابتة أو شخصية، وبالتالي يلزم على المديرين أن يختاروا فقط من لديه هذه الخاصية لإثارة دوافعه. والحقيقة أن الدوافع من وجهة نظر أخرى مرتبطة بالمواقف. بمعنى تأثرها بالعوامل الموجودة بالبيئة التي يعيش فيها الفرد وليست خاصية شخصية ثابتة[٣٥]. والخلاصة هنا أن الدوافع والسلوك ينشأ كل منهما نتيجة لتفاعل معقد بين مجموعة من العوامل الموقفية والفردية وليس من أحدهما فقط.
- **يمكن إثارة الدوافع بالجملة:** وذلك كما يحدث في عملية الإنتاج الضخم Mass Production مثلما هو الحال بالنسبة للقادة المفوهين لفظياً ولهم شخصية طاغية وحضور لدى الجمهور عند إلقائهم خطاباً في حشد كبير من الناس، أو بوضع ملصقات تحفيزية في جميع أماكن العمل. ولكن في الواقع قد يحدث ذلك أحياناً ولكن في أغلب الأحوال لا يحدث[٣٦]. إن المديرين يلزمهم لتحقيق الدافعية لدى العاملين أن يتعاملوا معهم كأفراد نظراً لوجود الاختلافات الفردية التي تميز كل عامل عن الآخر. ويوجد على الأقل ثلاثة أنواع من الاختلافات الفردية والموقفية التي يجب وضعها في الاعتبار وهي:

١- الموقع الوظيفي والمهنة: تتميز المنظمات الصحية على وجه الخصوص بوجود تعدد في الفئات الوظيفية والتخصصات (حتى داخل المجموعة الوظيفية الواحدة: كالأطباء والتمريض والفنيين).

٢- المرحلة المهنية: يجب على المديرين أن يكون لديهم حساسية تجاه احتياج المرحلة التي يوجد فيها الفرد ضمن تاريخه المهني. فالإداري حديث التخرج قد يكون لديه دوافع شديدة للتعرف على الأقسام المختلفة بالمستشفى ونوعية خدماته، في حين أن زميله المخضرم في العمل قد يكون راغباً في الاضطلاع بمسئولية كبيرة واحدة من البداية للنهاية [٢٧].

٣- العوامل الشخصية: تؤثر العوامل الشخصية للعاملين في درجة ونوعية الدافعية والتحفيز المطلوب ممارستهما من قبل المديرين. فإذا أخذنا مثال الخريج الملتحق بالعمل حديثاً فهو في الغالب يكون صغير السن، وليس لديه ارتباطات عائلية تمنع من قيامه بالمهام الوظيفية التي تتطلب السفر لأماكن خارج مكان العمل، في حين أن المدير الكبير السن قد تمنعه ظروفه العائلية من القيام بمثل هذه المهام. ومن أهم العوامل الشخصية التي يلزم أن يضعها المديرون في الاعتبار بالنسبة لموضوع الدافعية: الحالة الاجتماعية والطلاق، والمعاناة من أمراض مزمنة، ورعاية الطفل بالنسبة للمرأة العاملة، والضغوط المالية التي يتعرض لها المرؤوسون.

- **المال يغير كل شيء:** لا أحد يستطيع إنكار أهمية المال في عملية الدافعية، وذلك من خلال المكافآت والبدلات والمنح المالية وخاصة في الأوقات العصيبة، إلا أن المال ليس هو العنصر الوحيد أو الأهم لتحفيز العاملين.

ونخلص من كل ما سبق إلى أن المديرين مناط بهم دور إيجابي في معرفة وتحديد دوافع المرؤوسين بطريقة منهجية وواعية، وإدراك أن هذه الدوافع الفردية تتغير بمرور الزمن، وبنوع العمل الذي يؤدونه، وبالفروق أو الخصائص الفردية الشخصية. ويمكن أن يتم ذلك من خلال أسلوب المقابلات غير الرسمية والتي يتم فيها استخدام الأسئلة المفتوحة لتحديد احتياجات المرؤوسين ودوافعهم ومعتقداتهم وقيمهم التي يعتزون بها. إن هذه الطريقة تريح العاملين من ناحية رغبتهم في التحدث عن احتياجاتهم ومشاكلهم، وفي الوقت نفسه تعد هذه الطريقة فرصة للمديرين للتأثير وإحداث الدافعية المطلوبة وذلك بمعرفة العوامل التي تؤثر بجدية في العمل بكفاءة وفاعلية.

النظريات المختلفة للدافعية Motivation Theories:

يمكن دراسة النظريات المختلفة للدوافع من خلال مجموعتين أساسيتين من النظريات هما نظريات المحتوى (وأشهرها نظرية «ماسلو» لتدرج الحاجات، ونظرية «هيرزبيرج»

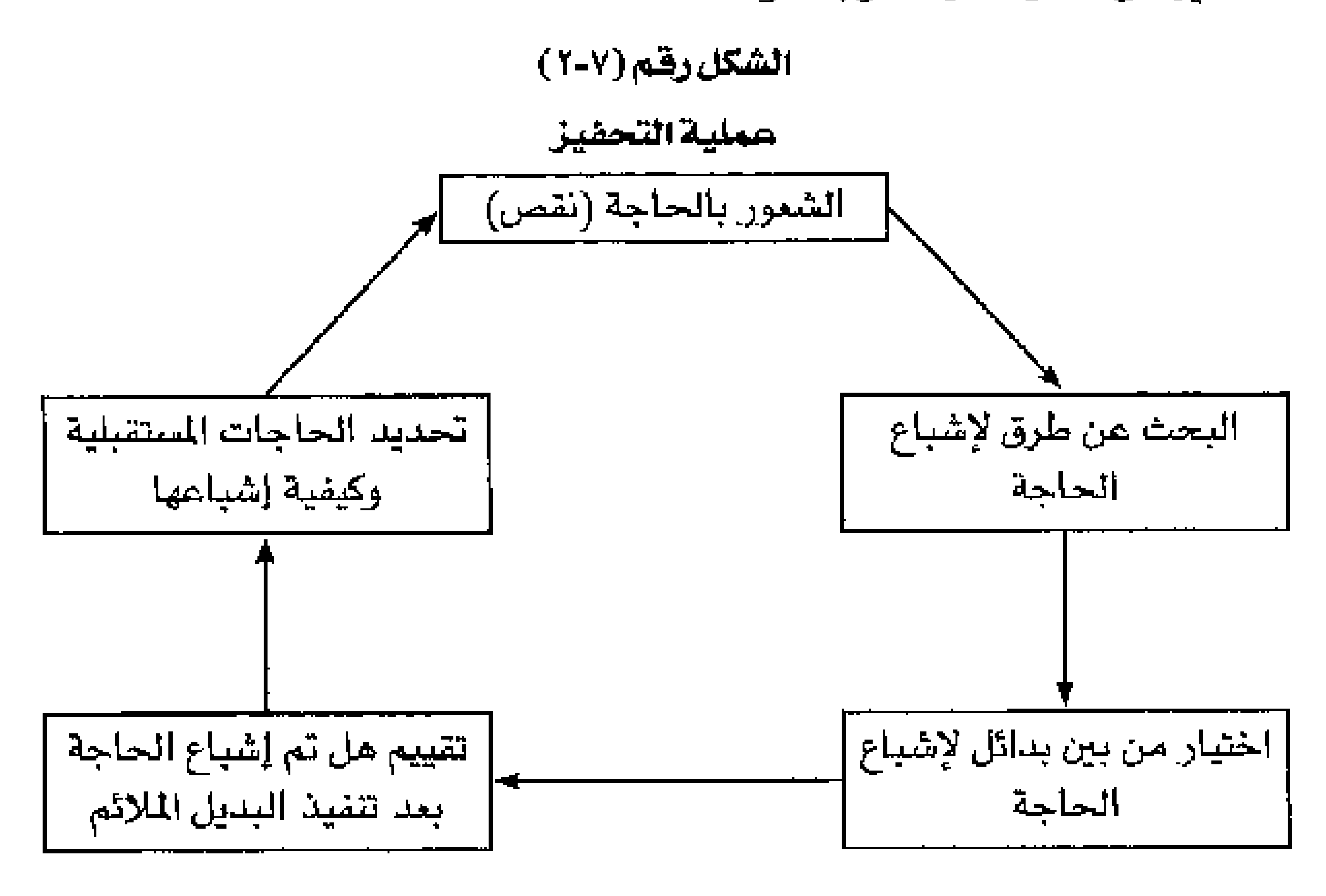
ذات العاملين، ونظرية «الدرفر» للبقاء والانتماء والتطور) ونظريات النسـق (وأشهرها نظرية التوقع، ونظرية العدالة أو الإنصاف، ونظرية التعزيز، ونظرية الهدف). وتركز نظريات المحتوى على الإجابة عن سـؤال: ما الذي يثير أو يحرك السلوك؟، في حين تركز نظريات النسق على إجابة السؤال: كيف يمكن استثارة السلوك؟.

نظريات المحتوى Content Theories:

تركـز نظريات المحتوى في الأسـاس على الحاجات ونقصهـا. وطبقاً لذلك تعد الدافعيـة موجهـة لهدف، وبتوجيـه داخلي، لتحقيـق غرض إرضاء أو إشـباع هذه الحاجات. والحاجة عبارة عن نقص جسـماني أو نفسـي يجعل النتائج أو الأهداف مغرية. فالحاجة تثير الدوافع الداخلية للفرد بحيث توجهه تجاه هذه الأهداف والتي تشبع هذه الحاجة [٢٨]. ونظريات المحتوى تحاول التعرف على العامل أو العوامل التي تثير دوافع الناس كالنواحي المالية، وسـاعات العمل، وظروف العمل، والإدارة الذاتية، وتحمل المسئولية. والشـكل التالي رقم (٤٠) يوضح كيف تعمل الحاجات على تحفيز العاملين من خلال عملية مترابطة وكاملة [٢٩].

الشكل رقم (٧-٢)

عملية التحفيز



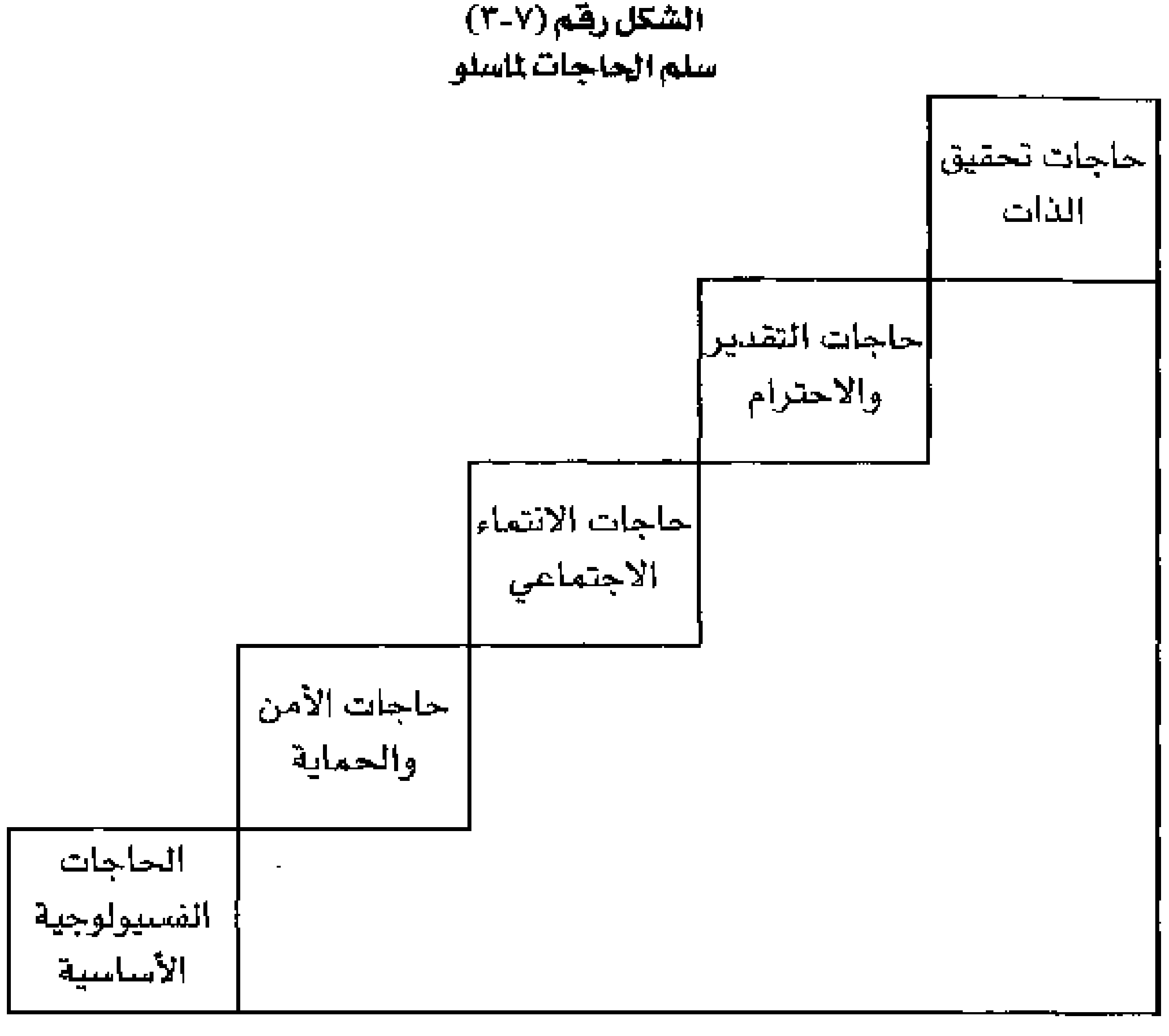
فعمليــة التحفيز تبدأ في الغالب بالحاجــة والتي تعكس بعض النقص لدى الفرد. فعلى ســبيل المثال قد يشــعر أحد الأطباء أن أجره أقل من زملائه أو لا يحصل على التقدير الذي يستحقه، وفي هذه الحالة قد يدفعه هذا الشعور للبحث عن طرق لسد هــذا النقص. ولذلــك قد يطلب علاوة أو ترقية، أو العمــل بجهد أكبر ليحصل على كليهما أو إحداهما، أو يبحث عن وظيفة أخرى تحقق حاجته خارج المنظمة التي يعمل بها، وبالتالي عليه أن يختار من بين هذه البدائل. وبعد ذلك ســوف يقيم مدى نجاحه بعد اختياره البديل أو البدائل التي تحقق إشباع حاجته. وهذه العملية مستمرة بظهور بحاجــات جديدة- بمرور الزمن أو عدم الإشــباع الكامل للحاجــات – ومن ثم تتكرر العملية مرة أخرى.

وأهم النظريات المعروفة في هذا المجال ما يلي:

نظرية «ماسلو» وتدرج الحاجات The Needs Hierarchy:

يعتبر «إبراهام ماســلو» [٤٠] صاحب واحدة من أشهر نظريات الدوافع وهي نظرية تدرج الحاجات أو ســلم الحاجات. وتقوم هذه النظرية على أن لدى الإنســان خمس مجموعات من الحاجات مرتبة على شــكل ســلم، حيث ينتقل الفرد في إشــباع هذه الحاجات من الحاجة الأدنى إلى الأعلى، بمعنى أنه عند إشباع الحاجات الفسيولوجية بدرجة كافية، فإن حاجات أخرى (أعلى) تظهر ويلزم إشباعها فينتقل لحاجات أخرى وهكذا، كما يظهر ذلك من الشكل التالي [٤١]:

الشكل رقم (٧-٣)
سلم الحاجات لماسلو



(المصدر «بتصرف»: العميان، محمود، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، ٢٠٠٤م، ص ٢٨٤).

والحاجات كما رتبها «ماسلو» على شكل سلم أو هرم مرتبة من القاعدة للقمة هي:

- **الحاجات الفسيولوجية Physiological Needs**: وتمثل الحاجات الأساسية للإنسان لبقائه حياً، وتشمل الهواء والماء والطعام والمأوى والدفء والجنس. وفي المجال التنظيمي تمثل هذه الحاجات بالحاجة للمال وظروف العمل الجيدة، ويتم إشباعها بالراتب المناسب وبيئة العمل المشجعة (وتشمل عناصر مثل الضوء الكافي ودرجة الحرارة المناسبة والتهوية الجيدة).

- حاجات الأمان **Security Needs**، وتمثل حاجات الأمان والسلامة والاستقرار، كحماية الفرد من الأخطار الصحية والاقتصادية والمالية. وتمثل هذه الحاجات تنظيمياً بعدم الشعور بالقلق من قلة المال أو فقدان الوظيفة ويتم إشباعها باستمرارية الوظيفة، وبالتأمين الصحي الكافي، والمعاش المناسب.
- **الحاجات الاجتماعية (حاجات الانتماء) Social Needs**: وتمثل حاجات الانتماء العمليات الاجتماعية والرغبة في الشعور بالانتماء، كالحاجة إلى الانتماء والارتباط والتعاطف والحب والمشاركة الوجدانية والقبول من الآخرين. ويتم إشباعها من خلال الأسرة والمجتمع خارج العمل، وبعلاقات الزمالة والصداقة والاندماج في فرق داخل العمل.
- **حاجات الاحترام والتقدير Recognition Needs (Self- esteem)**: وتشمل رغبة الفرد في الشعور بالأهمية والتقدير واحترام الآخرين وتأكيد احترام الذات. ويستطيع المدير أن يسهم في إشباع هذه الحاجات عن طريق التنويه بالأداء المميز، وتحديد مسئوليات تتميز للأفراد تتسم بصفة التحدي (الامتيازات الإكلينيكية على سبيل المثال)، وتغيير مسميات الوظائف، لمساعدة الموظف على الشعور بالكفاءة وتحقيق انجازات.
- **حاجات تحقيق الذات Self- assertion Needs**: وتمثل أعلى مراتب الإشباع عند ماسلو. وهي تعبير عن رغبة الفرد للتعبير عن ذاته، والتطور والنمو المطرد، وتحقيق أقصى ما يمكنه تحقيقه. وتؤدي حاجات تحقيق الذات دوراً مميزاً في مجال المهن الصحية والطبية لطبيعة مهنة الطب وأخلاقياتها ودورها الإنساني في حياة الناس. ويمكن إشباع هذه الحاجات تنظيمياً من خلال إشراك العاملين في اتخاذ القرارات، وتوفير برامج التدريب والتعليم المستمر.

نظرية «هيرزبيرج» ذات العاملين (الوقاية والدافعية) Two- Factor Theory:

اقترح «فريدريش هيرزبيرج»[٢٢] نظرية شائعة للدافعية وثيقة الصلة بنظرية ماسلو لتدرج الحاجات. وتتلخص هذه النظرية في نتيجتين محددتين هما:

- توجد مجموعة من الظروف الخارجية للوظيفة تنتج في حالة عدم وجودها عدم الرضا للعاملين، وسماها «العوامل الصحية» أو الوقائية لأنها ضرورية لتجنب حدوث حالة عدم الرضا لدى العاملين. وترتبط هذه العوامل ببيئة ومحيط الوظيفة في الأساس وتشمل: الأمان الوظيفي، والراتب، وظروف العمل، والمركز الوظيفي،

وسياسات المنظمة، ونوعية الإشراف الفني، ونوعية العلاقات الشخصية بين الزملاء والمشرفين والمرؤوسين، والمزايا الإضافية للوظيفة.

- كما توجد مجموعة أخرى من الظروف الداخلية للوظيفة تساعد على إيجاد مستويات من الدافعية يمكن أن تؤدي إلى مستوى جيد من الأداء وسماها «عوامل الدافعية». وترتبط هذه العوامل بمحتوى الوظيفة في الأساس وتشمل: الإنجاز، والتقدير، ومهام العمل نفسه، والمسئولية، والتقدم الوظيفي، والنمو والتطور الذاتي.

ويظهر من هذه النظرية قيام «هيرزبيرج» بتقليص مستويات «ماسلو» الخمسة إلى مستويين فقط للتحليل، حيث تقابل العوامل الصحية حاجات العوامل الدنيا عند ماسلو. مع ملاحظة أن غياب العوامل الصحية يخلق حالة من عدم الرضا لدى العاملين، في حين أن وجودها يضمن حالة من الرضا ولكن لا يدفع بالضرورة العاملين للأداء الجيد. ويلزم لتحقيق ذلك وجود عوامل الدافعية.

نظرية «الدرفر» (البقاء والارتباط والتطور) ERG Theory:

وهي من النظريات الحديثة للدافعية وتقوم على تلخيص مدرج ماسلو إلى ثلاث فئات للحاجات هي: البقاء Existence (الأشكال المختلفة للرغبات الفسيولوجية والمادية كالجوع والعطش والمأوى) والارتباط Relatedness (كل الحاجات الخاصة بالعلاقات الشخصية مع الآخرين في مكان العمل) والتطور Growth (الحاجات التي تتضمن جهود الفرد الموجهة نحو تحقيق التطور المبدع أو الذاتي في أداء الوظيفة). وتعتمد نظرية «كلايتون الدرفر» على ثلاثة فروق أساسية تميزها عن نظرية تدرج الاحتياجات لماسلو وتتحدد فيما يلي [٣٣، ٣٤]:

- يمكن تحقيق الدافعية عن طريق أكثر من مستوى للحاجات في نفس الوقت، ولا يلزم اتباع أسلوب التدرج في إشباع الحاجات. فحاجات الارتباط والتطور لا يتطلب ظهورها إشباع حاجات البقاء أولاً. وعلى سبيل المثال يمكن إثارة دوافع شخص ما عن طريق المال (وهو من حاجات البقاء)، والصداقة (من حاجات الارتباط)، وفرصة تعلم مهارات جديدة (من حاجات التطور)، كلها في وقت واحد.
- بالإضافة إلى عدم وجود تدرج للحاجات تحتوي هذه النظرية على عنصر الإحباط – النكوص أو الانحدار، بمعنى أنه في حالة إخفاق الفرد باستمرار في محاولته لإشباع حاجات عالية المرتبة مثل حاجات التطور تظهر حاجات الارتباط لتجعل الفرد يعيد توجيه جهوده لإشباع حاجات مرتبة أدنى. فالموظف الذي يتقاضى مرتباً مرضياً–

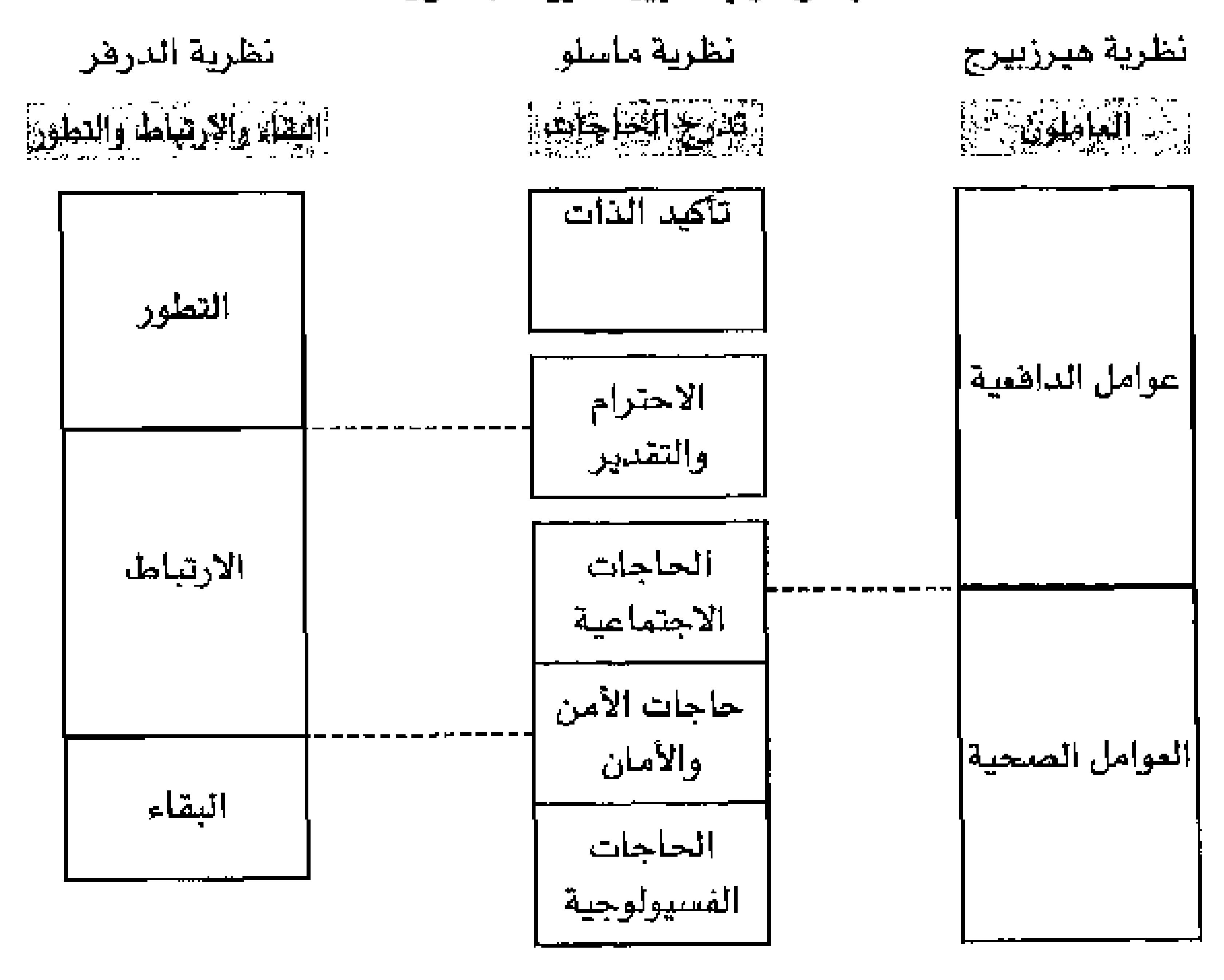
من وجهة نظره - قد يسعى للبحث عن فرص للتطور الوظيفي، فإذا لم يستطع تحقيق ذلك - يعني أحبط - فإنه يرضى - تكوصاً أو انحداراً - بمحاولة الحصول على قدر أكبر من المال من وظيفته.

- تفترض هذه النظرية أن الحاجات ليست ثابتة، فالفرص المتاحة في المنظمة قد تغير أو تؤثر على حاجات الموظف. فحاجات الارتباط والتطور قد تصبح واضحة وشديدة في المنظمات التي تشجع على تحقيق هذه الحاجات.

والشكل التالي يوضح العلاقة بين نظريات المحتوى الثلاث والتي تحاول كل منها تفسير السلوك الإنساني بصورة تختلف عن الأخرى، إلا أنه يجب على المديرين ألا يأخذوا أياً منها بصورة منفردة على اعتبار أنها الإطار الوحيد لفهم دوافع السلوك في المنظمات.

شكل رقم (٧-٤)

المقارنة والارتباط بين نظريات المحتوى الثلاث



نظريات النسق أو العملية Process Theories:

تعد عملية فهم الأشخاص وكيفية تحفيزهم أحد الأمور الصعبة والمحيرة لأي مدير وخاصة إذا كان يتعامل مع مجموعات متعددة المعرفة والخبرات والتأهيل والجنس كما هو الحال في المرافق الصحية. وتركز نظريات النسق أو العملية على آلية عمل الدافعية، فهي تنظر إلى الدافعية على أنها عملية عقلية وذهنية تتضمن المفاضلة والتقييم والتحليل والاستنتاج والاختيار في تحديد الأهداف، والنتائج المرغوب فيها، وإشباع الرغبات والحاجات لدى الإنسان، واختيار الطرق والوسائل التي تحقق ذلك. بمعنى أنها تركز على نسق العمل وكيف يؤدَّى، وكذلك على مشاعر وأفكار العاملين تجاه العمل. وسنستعرض هنا أهم المفاهيم الأساسية للنظريات الأكثر شهرة والتي تقدم بعداً إضافياً لتفسير وفهم الدافعية كما يلي:

نظرية المساواة أو العدالة Equity Theory:

قدم هذه النظرية الباحث النفسي «آدمز»[٢٥] والذي عرف التفاوت أو عدم المساواة بعدم تماثل نسبة العائد من الوظيفة مع مدخلات الوظيفة. فقد يبذل شخصاً مجهوداً وإسهاماً كبيراً في ناتج العمل ولكنه يحصل على عائد أقل مما يتوقعه (الراتب أقل من العادي مثلاً) مقارنة بناتج ومدخلات شخص آخر يبذل الجهد نفسه والمهارة نفسها. فإذا اقتنع هذا الشخص بأنه يعامل معاملة غير عادلة فسيتولد لديه توتر وباعث يدفعه لتقليص هذا التوتر وتصويب هذا الشعور بعدم المساواة.

وتشمل النواتج أو العوائد الراتب والمكافآت والترقية والشعور بالإنجاز والمركز، أما المجهود أو المدخلات فيتمثل في القدرات والملكات والمهارات التي يكرسها الفرد للعمل، وأداء المهام التي يقوم بها، وكلها عوامل تعتمد على إدراك الفرد لما يبذله من جهد (مدخلات) وما يتلقاه من عوائد بالمقارنة مع نسبة ما يبذله شخص آخر وما يتلقاه من عوائد. فإذا كانت النسبة التي يراها الفرد غير مساوية للفرد الآخر، فسيعمل على إعادة المساواة بين النسبتين. وهذا السعي أو المحاولة يستخدم في تفسير دافعية العمل، وتتناسب قوة الدافعية طرداً مع حجم المساواة المدرك. والوسائل المتبعة التي تقترحها النظرية لإعادة الشعور بالمساواة تتضمن:

- تغيير المدخلات أو جهد الفرد (مثل بذل مجهود أقل).
- تغيير في العوائد (مثل طلب زيادة الراتب أو إسناد مهام جديدة).
- تغيير في اتجاهات ومدركات الفرد.

- تغيير في جهد الشخص الآخر (المرجعي) الذي تمت المقارنة به.
- تغيير في عوائد الشخص الآخر الذي تمت المقارنة به.

ويجب على مديري المرافق الصحية أن يكونوا على وعي باختلاف المرؤوسين في درجة تقبلهم وفهمهم وتعبيرهم عن العدالة وعدم العدالة في بيئة العمل؛ لأنهم إذا شعروا بعدم العدالة فيما يتعلق بناتج ما يحصلون عليه نتيجة جهدهم في أداء عملهم فإنه سيكون من الصعب - بل من المستحيل - تحفيزهم لتحقيق أهداف الإدارة.

نظرية التوقع Expectancy Theory:

أشهر مفكري هذه النظرية هو «فيكتور فروم»[٣١]، وقد أسهم بجهوده في تفسير الدافعية على أنها عملية اختيار عقلاني من بين عدة أفضليات أو سلوكيات متاحة للفرد لتحقيق هدف معين يسعى لتحقيقه. وتبين النظرية أن الأفراد يقوّمون الإستراتيجيات المختلفة للسلوك (مثل العمل بجد كل يوم مقابل العمل بجد ثلاثة أيام فقط من أيام العمل)، فإذا كان الفرد يعتقد أن العمل الجاد كل يوم يؤدي إلى زيادة في الراتب، فإن نظرية التوقع تتنبأ بأن الفرد سيختار هذا السلوك. وأهم مرتكزات هذه النظرية يتلخص في التالي:

- تحديد ناتج أو عائد الوظيفة: ويشمل ذلك النواحي الإيجابية (زيادة الراتب أو الترقية أو التقدير) والنواحي السلبية (فقدان الوظيفة مثلاً).
- المكافئ: وهو مشاعر الفرد تجاه ناتج العمل. وهذه المشاعر إما أن تكون إيجابية (تفضيل الفرد لعائد مرغوب فيه ويعطيه أهمية كبيرة) أو حيادية (العائد لا قيمة له بالنسبة للفرد ولا يهمه تحقيقه) أو سلبية (إذا لم يفضل الفرد مكافأةً أو عائداً ما ولا يتمنى تحقيقه).
- الوسيلة: وهي المدى الذي يدرك به الفرد الارتباط بين الأداء ونتيجة العمل، بمعنى أن الأداء الجيد هو الوسيلة التي تؤدي لتحقيق العائد المرغوب فيه.
- التوقع: وهو العلاقة بين الجهد والأداء. وهو يختلف عن الوسيلة في كونه مدى اعتقاد الأفراد في الارتباط بين كمية الجهد الجاد المبذول وبين جودة أو حسن العمل الذي يؤدونه.

والدافعية طبقاً لهذه النظرية هي الناتج النهائي للمكافئ والوسيلة والتوقع كما يلي: الدافعية = المكافئ × الوسيلة × التوقع.

وهكــذا تكــون الدافعية للعمــل عالية إذا كان لــدى الفرد قناعة بــأن ناتج العمل (المكافئ) عالٍ وإيجابي، وأن الأداء الجيد ســوف يقابله مكافأة بالحصول على العائد المرغوب فيه (الوســيلة)، ويعتقد بأن جهده ســوف يؤدي إلــى الأداء الجيد (التوقع)، والعكس صحيح.

وتفيد نظرية التوقع مديري المرافق الصحية من ناحية مساعدتهم سلوك العاملين، مــن خلال فهم أن الفشــل في تحفيز المرؤوس قد يرجع إلــى اختلافه عن غيره تجاه الرغبة لتجنب نواتج عمله الحالية.

نظرية التعزيز أو التدعيم Reinforcement Theory:

وتعــرف أيضاً بنظرية «التكيف الإجرائي» و«التعديل الســلوكي»، ومن أهم روادها «ســكينر»، ومحور هذه النظرية العلاقة بين المؤثر أو المثير (Stimulus) والاســتجابة (Response) والناتج أو التأثير (Effect). والنظرية تهتم بحقيقة أن ســلوك الإنسان (Response) هو أساساً اســتجابة لمثير خارجي (Stimulus)، وأن نتائج السلوك هي التي تحدد الســلوك. والسلوك الذي يعزز ويدعم (Reinforce) بالمكافأة (خبرة جيدة وسارة للفرد) يستمر ويتكرر مستقبلاً، في حين لا يستمر السلوك الذي لا يعقبه عوائد أو مكافــآت مرغوب فيها (عقاب أو ألم أو تجربة ســيئة). وتتفاوت فاعلية المثير في إحداث الســلوك المرغوب فيه حســب عدد مرات التعزيز Reinforcement التي تتبع هذا السلوك وعلى قوة الأثر Effect الذي يتركه [٣٧].

ومــن أهم الانتقــادات التي توجه لهــذه النظرية هي أن الســلوك يحدث من قبل مثيرات خارجية فقط، وإغفال مثيرات مهمة أخرى كأهداف الإنسان وقيمه واتجاهاته وغيرها.

ويحتاج مديرو المرافق الصحية للحيطة الشــديدة فيما يتعلق بتوقيع العقوبات على المرؤوســين، وتوخي أن تكون متناســبة مع الهدف المرجو تحقيقه من توقيعها حتى لا تؤدي لآثار سلبية بعيدة المدى على المنظمة الصحية.

نظرية الهدف Goal Setting Theory:

قدم هــذه النظرية «أدوين لوك» [٣٨، ٣٩] وبناها على افتراض أن أهداف الإنســان ورغباته هي المحدد الأساسي لتوجيه سلوكه واستمراريته حتى يتحقق هدف ما يرغب فيه الإنســان. وبالتالي فإن عملية وضع أو تحديد الأهــداف عملية عقلانية وواعية

يمكـن أن تحدث الدافعيـة المطلوبة لإنجاز الأعمال من أجـل تحقيق هذه الأهداف. ويعـرف التطبيـق العملي لهذه النظريـة بمصطلح الإدارة بالأهـداف. والخصائص المطلوبة لعملية تحديد الأهداف لتحقيق الدافعية المطلوبة تتمثل وتتأثر بما يلي:

- مدى تحديـد الأهداف بوضوح (الأهداف الواضحة والمحـددة تنتج أداءً أعلى مما تنتجه الأهداف العامة أو الغامضة).
- مدى صعوبة الأهداف ودرجة ومستوى الأداء المطلوب (الأهداف الصعبة تنتج مستوى من الأداء أعلى من الأهداف السهلة).
- الالتزام بالأهداف (بمساعدة الإدارة للعاملين على الاعتقاد بإمكانية تحقيق الأهداف، والمساعدة على اختيار الأهداف التي تتفق مع قيمهم).
- الالتزام بالجهد المطلوب بذله لتحقيق الأهداف (طبقاً لنظرية التعزيز يجب أن تكون هناك مكافآت متزامنة مع تحقيق كل هدف).
- التأكد من أن الأفراد يمتلكون القدرات التي تمكنهم من تحقيق الأهداف.

وأهـم الانتقادات التي توجه لهـذه النظرية يتحدد فـي أن عملية وضع الأهداف عمليـة صعبة جـداً ومعقدة، وخاصة في مجال الأعمال التي تسـتوجب القيام بمهام يكون من الصعب قياسها للحكم على تحقيق الأهداف.

والتطبيـق اللازم من قبل مديري المرافـق الصحية لمفهوم الإدارة بالأهداف يعتمد في نجاحه على تزويد العاملين بخطة عمل واضحة الأهداف والمكافآت عند تحقيقها، بعد الاتفاق عليها حتى لا يحدث أي لبس في عملية تنفيذها.

النواحي التطبيقية لنظريات الدافعية [٤٠]،[٤١]:

تتشابه نظريات النسق مع نظريات المحتوى في التناول الجزئي للعوامل التي تدفع الأفـراد للتصرف بطريقة معينة. وتختلف نظريات النسـق عن نظريات المحتوى في اهتمامهـا بالعوامل التي توفر فرص الاختيار في السـلوك المدفوع واتجاهاته، وهذه النقطة مهمة بالنسبة للمديرين لتحديد الظروف التي يتم فيها تطبيق نظريات النسق في العمل. ويمكن للمديرين في أي منظمة الاسـتفادة من نظريات الدافعية المختلفة في إيجاد الوسائل المختلفة لتحقيق الدافعية العالية لدى الأفراد تجاه العمل.

أجمعت هذه النظريات على استطاعة المديرين التأثير على دافعية الأفراد العاملين معهم.

يجـــب على المديرين أن يعلموا أن المقدرة والكفاءة والفرص المتاحة تؤدي دوراً مهماً في عملية الدافعية.

الإنصاف الذي يحســـه العاملون (نظرية العدالة) يكون مرضياً لهم ويدعهم للعمل، في حين أن الإجحاف من ناحية أخرى يســـبب الســـخط والتوتر الذي يدفع الفرد إلى سلوك غير محبب تجاه العمل.

يجب أن يلتزم المديرون بدرجة عالية من الشفافية والحساسية تجاه الفروق الفردية للعاملـــين من حيث الحاجات والأهداف والقدرات، واعتبار اســـتمرار مراقبة حاجات وأهداف وقدرات وأولويات الأفراد جزءاً أساسياً من واجباتهم.

اســـتخدام وســـائل التكيف الإجرائي مثل المكافأة والعقـاب (نظرية التعزيز) بفهم وعـــدل يمكّن المديرين من احتمال حدوث الســـلوك المطلوب أو خفض احتمال حدوث السلوك غير المرغوب فيه.

يتطلب نشـــاط الإدارة بالأهداف (نظرية الهدف) ضرورة تحديد الأهداف بوضوح ودقة، والمشـــاركة في وضع الأهداف، واستخدام التغذية المرتدة، وخلق جو من التعاون بين العاملـــين، والعناية بمقاومة البعض للتغيير، والاهتمـــام بالحاجة إلى نقل وتداول المعرفة.

علـــى المديرين تكليـــف العاملين بأعمال ومهام توفر لهم فرص التحدي، والشـــعور بالمساواة، والتنويع، والمساعدة في تدعيم الانضباط الذاتي أو الدافعية الشخصية.

المديرون يجب ألا يغفلوا عـــن حقيقة أنهم بحكم وظائفهم يمثلون القدوة والنموذج للعاملين في كل ما يتعلق بعملية الدافعية.

الدافعية في مجال الرعاية الصحية Motivations in Health Care Field:

من أهم الأمور الأساســـية التي قد تنفرد بها منظمات الرعاية الصحية وجود عدد كبير من المهنيين الذين يعملون معاً ويعتمد أغلب ما يقومون به من أعمال على الإدارة الذاتيـــة، كالأطباء والممرضـــات والفنيين وأخصائيي تكنولوجيـــا المعلومات والإداريين وغيرهم. وبالتالي يلزم معرفة- من وجهة النظر الإدارية- أي نوع من نظريات الدافعية يتناسب مع طبيعة عملهم. والمهنة يمكن النظر إليها من عدة اعتبارات [٤٢]:

- من هم العاملون بها (الاختيار، الترخيص، الاعتماد، الارتباط).

- ماذا يعرفون أو مستوى التخصص والخبرة (القاعدة المعرفية، المعايير).
- لماذا يعملون بهذه الكيفية (التوجيه المهني وأخلاقيات المهنة).
- كيف يوجهون أعمالهم (الذاتية المهنية، والتأثير على السياسات الاجتماعية).

وبالنسبة للأطباء فمن المعروف أنهم يمثلون المهنة الحاكمة في الرعاية الصحية، ويتمتعون بذاتية كبيرة في أداء عملهم منذ القدم وحسب متطلبات المهنة وخاصة فيما يتعلق بتوجيه أعمال المهن الطبية الأخرى المساعدة، ويكرهون التدخل الإداري في أعمالهم. ولذلك تعد عملية الدافعية للأطباء عملية صعبة جداً للمديرين، ولكنها ضرورية جداً لضمان توجيه الأطباء ناحية الممارسة الآمنة، وذات الجودة العالية، والمتميزة بالفاعلية والكفاءة، وذلك من خلال القضاء على السلوكيات غير المطلوبة مثل الاستخدام الكبير غير المبرر للموارد المتاحة (كطلب فحوصات تشخيصية غير ضرورية). والواقع يقول إنه حدثت تطورات كبيرة في مهنة الطب غيرت- ولا تزال - في طبيعة تقديم الخدمات الصحية وذلك فيما يتعلق بالأطباء، فالتوجه نحو تحديد مرتبات الأطباء، ورسوم الخدمة، ونحوها أسهمت في تحويل سلطة الأطباء في هذه الأمور تدريجياً نحو سلطة نظام المستشفي نفسه، والرعاية الصحية المنظمة. فمثلاً النظام التقليدي المتمثل في رسوم الخدمة المدفوعة نظير الخدمة (service -for -Fee) يعد نوعاً من نظم المكافأة المباشرة، ويمكن من خلاله تحديد أنه كلما زاد عمل الطبيب زاد دخله نتيجة لما يحصله من تقديم خدمات للمرضى. وعندما تعاظم دور الرعاية الصحية المنظمة (التأمينية) أصبح هذا النظام غير معمولٍ به وتحول إلى نظام الدفع الآجل للأطباء (التعويض عن الخدمات المقدمة) [٤٣].

ويجب على المديرين الحذر من تعظيم والتركيز على النظم المالية الجديدة في دفع نفقات الأطباء رغم اعتبارها أحد عوامل تحفيز الدافعية الخارجية المهمة؛ لأنها تؤدي دورها في الدافعية ضمن مجموعة أخرى من العوامل المهمة للدافعية. فعلى سبيل المثال يعد معيار استخدام الطبيب لموارد أقل عند تأديته للخدمة كمعيار أساسي أو وحيد للمكافأة المالية للطبيب غير مجدي وغير سليم، لأنه يغفل معايير مهمة أخرى مثل مدى مساهمته في تحسين جودة الخدمة، وتنفيذ سياسات المستشفى، والاهتمام برضاء المريض عن الخدمات المقدمة له [٤٤].

ونظراً لطبيعة مهنة الطب فإن الأطباء يهتمون بتقديم خدمة عالية الجودة لمرضاهم كتعبير حي عن تميزهم، ولذلك يحتاج الطبيب دائماً إلى تقييم عمله مقارنةً بأداء

زملائـه في نفـس التخصص، وبمقارنة أدائه الحالي بأدائه فـي الماضي، وذلك وفقاً لعلامـات ومحـددات معينة لأهدافه خلال تاريخه المهني. وإحدى الوسـائل الناجعة لتحقيق ذلك تكمن فـي وجود نظام معلومات للجودة يقدم تغذية راجعة طبقاً لقواعد محـددة. ومثل هذا النظـام لا يتيح فقط للطبيب معرفة كيـف كان جيداً في عمله، بل يسـاعده أيضاً في زيادة الثقة بأنه يؤدي العمـل الصحيح المطلوب منه. ولذا تعد التغذية الراجعة إحدى الوسـائل المهمة التي تسـاعد المديريـن على تحقيق الدافعية المناسبة لسلوك فئة الأطباء.

وتوجد مجموعـة من العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند اسـتخدام هذه الوسيلة للتحفيز وذلك بغرض تعظيم الفائدة منها. وأهم هذه العوامل:

- الإحساس الحقيقي للأطباء بالرغبة والحاجة إلى تغيير سلوكهم.
- يجب أن تكون التغذية الراجعة متكررة، وفي التوقيت المناسب، وعلى فترات محددة بدقة، وذلك لضمان استمرارية السلوك الجديد المرغوب فيه.
- يجـب أن تحتوى التغذيـة الراجعة على بيانات حقيقية عن الاسـتخدام، والنواحي المالية، وجودة الأداء، والتي تقيس بصدق عمل الأطباء.
- يجب على المديرين عدم التعبير عن فحوى التغذية الراجعة لعمل الطبيب في صورة أنه «سيء» أو «جيد»، بل التعبير عنها في صورة تظهر النواحي التي تحتاج إلى تغيير السلوك مع الإشادة بعناصر الإجادة الموجودة.

أما بالنسـبة لفئات المهنيين المسـاعدين (كالإداريين) فـي عملية تقديم الخدمات الصحيـة فتختلـف الأمور، حيث لا يهـم العاملون في هذه الفئة فـي الغالب تحقيق الحاجات ذات المسـتوى العالي مثـل الإنجاز والتقدم المهني والاسـتقلال المهني؛ لأن حاجاتهم تكون عادة في مستوى أقل. ولذا يصبح من واجبات المديرين معرفة الحاجات التي يهتم بها العاملون في هذه الفئة حسـب كل وظيفة والعمل علي تحقيقها لتصبح أساساً لعملية الدافعية.

والخلاصة أنه توجد عدة وسائل لإثارة دوافع العاملين في مجال الرعاية الصحية – سـواء كانوا مهنيين أو من الفئات المساعدة – وعلى المديرين تقييم المدى الذي يرغب فيه الفرد لتحقيق الحاجات التي يرغب فيها، وتحديد مسـتواها (عالياً أو منخفضاً)، ثم الاستجابة لهذه الحاجات في صورة تصميم العمل المناسب وأسلوب الإدارة المطلوب. بمعنى العبارة الشهيرة «أن المقاس الواحد لا يتناسب مع الجميع».

القيادة Leadership:

تعتبـــر القيادة من أهم العوامل التي تؤثر في أداء المنظمات، بل إن المنظمات تعيش وتزدهر أو تفشل بسبب طبيعة ونوعية وحكمة القيادة. وهناك شبه اعتراف في وقتنا الحاضـــر بأن نجـــاح المنظمات – وخاصة في مجال الرعايـــة الصحية – يعتمد كثيراً على دور القيادة. والقيادة تشمل عملية التأثير على الفرد والجماعة لتوجيههم ناحية تحقيق أهداف المنظمة. وهي ضرورية في كل المنظمات أياً كان نشاطها؛ لأنها إحدى وسائل التوجيه والاتصال والدافعية، والتي تعد عماد وظيفة القيادة في التنظيم.

مفهوم القيادة Concept of Leadership:

لـــم يتفق كُتّاب وباحثو وفلاســـفة الإدارة على تعريف موحـــد لمفهوم القيادة، فيرى «فلامر» أنها «القدرة على إقناع الآخرين للسعي لتحقيق أهداف معينة، ومهارة إيصالهم إليهـــا» (٤٥). ويعرف «كاهن وكاتز» القيادة بأنها «التأثيـــر الذي يتجاوز الامتثال الآلي للتوجيهـــات الروتينية في المنظمة» (٤٦). في حين يعرفها «كريتنر وكينيكي» على النحو التالي: «عملية اجتماعية يســـعى من خلالها القائد للحصول على مشاركة طوعية من المرؤوسين في محاولة لتحقيق أهداف المنظمة» (٤٧).

ومما ســـبق يمكن اســـتخلاص تعريف للقيـــادة يتمثل في أنهـــا «عملية من خلالها يحاول فرد متعمداً التأثير في النظم الإنسانية من أجل تحقيق هدف». حيث إن هذا التعريف يوضح أن القيادة:

- عملية اجتماعية مستمرة تمثل فعل وعمل، وفن الأداء.
- يقـــوم بها أفراد. فلا يوجد قيادة بدون فرد يقود، وعندما يتعلق الأمر بالقيادة فإن الأمر يتعلق بشخص ما.
- تتركز حول النظم الإنســـانية. والنظام قد يشـــمل الفرد، أو جماعة، أو شعب. ولا توجد قيادة ما لم يكن هناك تفاعل بين الفرد القائد وبين من يتبعونه.
- هي التأثير. فالتأثير هو مركز جاذبية القيادة، ومن يتأثر هم الذين يتبعون القائد، وما يتأثر فيهم يشمل الأفكار والمشاعر والأفعال. فالقائد يقود ولا يسوق.
- لها غرض هو تحقيق الأهداف. ولهذا فهي أداة ذات غرض محدد.
- تتصف بالتعمد. فالتأثير في الآخرين لا يحدث بالصدفة بل بقصد وتعمد.

القيادة الرسمية وغير الرسمية Formal and Informal Leadership:

يوجد بكل منظمة مجموعة من الوظائف الرئاسية التي يمارسها أشخاص معينون أو منتخبون، تكون مهمتهم توجيه المرؤوسين والإشراف على أعمالهم. ولكي تكون هناك فعالية لعملهم تمنحهم المنظمة وتنظيمها سلطات رسمية بحكم موقعهم الوظيفي والتنظيمي. إلا أنه من الملاحظ في كثير من الأحوال ظهور أفراد من جماعات العمل يمارسون التأثير على سلوك الجماعات من خلال مهارات وقدرات وخبرات خاصة كقوة الشخصية والاحترام والثقة والخبرة والتعاطف الاجتماعي والتفهم والصبر ... ونحوها، وبالتالي يتولون قيادتهم بطريقة غير رسمية، حيث ينتظر منهم أفراد الجماعة التوجيه والإرشاد. وقد يحدث أن يكون القائد الرسمي قائداً اسمياً فقط في حين أن القيادة الفعلية في يد القادة غير الرسميين الذين لم تعيّنهم الإدارة لذلك. وهذا يطرح السؤال التقليدي وهو هل كل مدير قائد؟.

وللإجابة عن هذا السؤال نبدأ من أن القائد الحقيقي هو من يستطيع التأثير على سلوك الآخرين واتجاهاتهم وأفعالهم لتحقيق أهداف المنظمة، في حين أن المدير هو الشخص الذي تعينه الإدارة للإشراف على مجموع من العاملين وعليه أن يقوم بوظائف التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة (وظائف الإدارة الأساسية). والقيادة تعد إحدى وظائف الإدارة وإذا استطاع المدير أن يقوم بها فهو هذه الحالة مدير وقائد، ولا يستطيع المدير أن يقوم بمهام القائد إلا إذا كان يتمتع بمقومات القيادة. ولهذا لا يمكن القول إن كل مدير سيصبح قائداً بالضرورة، فالعديد من المديرين يفتقدون لمقومات القيادة. والواقع يقول إن القائد والمدير مطلوبان للمنظمة؛ لأنهما يقومان بأنشطة ضرورية لتحقيق أهدافها.

والأفضل للمنظمة أن يتم اختيار الأشخاص الذين يتولون المناصب الرئاسية من بين العاملين الذين يتوافر لديهم (من بين أمور أخرى) الاستعداد القيادي وسمات القيادة والعمل بعد ذلك على تطويرها وتنميتها باستمرار.

مصادر تأثير (قوة) القائد Sources of Leadership Power:

هناك عدة مصادر يستمد منها القائد قوته للتأثير على مرؤوسيه وتعديل سلوكهم وأفعالهم سعياً وراء الأهداف المشتركة المرغوب في تحقيقها. وقد أسفرت الدراسات عن تحديد عدد من المصادر الأساسية التي يرجع إليها القائد في التأثير في الآخرين، والتي من أهمها [٤٨]:

- القوة الشـرعية Legitimate Power: والتي تنشـأ من المركـز القيادي (المنصب) الذي يشـغله القائـد ضمن الهيكل التنظيمي، وما يتيحه هذا المنصب من سـلطات وصلاحيات.
- قوة المكافأة Reward Power: وتسـتند إلى إدراك المرؤوس بأن الامتثال لتوجيهات القائد سيؤدي إلى الحصول على عوائد إيجابية، كما تنتج من ناحية أخرى من قدرة المدير على إدارة نواحي المكافآت والحوافز والأجور بفعالية كبيرة.
- قـوة العقـاب (الإكـراه) Coercive Power: وتنتج من قدرة القائـد على الرقابة والعقـاب بالجزاءات كاللوم وإنهاء الخدمة والخصم مـن المرتب، ومن ناحية أخرى تنتـج أيضاً من خوف المرؤوس من أن عدم التزامـه وتنفيذه لأوامر القائد قد يؤدي إلى قيام الرئيس بفرض عقوبة عليه.
- قـوة الخبرة Power Experience: وتنشـأ من تراكم المعرفـة والمهارات والخبرات الفنية والسـلوكية لدى القائـد الإداري، والتي تمكنه من اتخاذ القرارات السـليمة ومعالجة المشكلات بحنكة ترسخ احترام المرؤوسين له وثقتهم في حكمته وعدله.
- قـوة الاقتداء والإعجاب: وتعتمد على إعجاب المرؤوسـين بالقائد وتقديرهم له لما يتمتع به من خصائص وسـمات شـخصية، والتجاذب الذي ينشأ بينه وبينهم نتيجة لذلك.

نظريات القيادة Leadership Theories:

توصل الباحثون في المجال الإداري والسـلوكي إلى تفسـيرات ومعالجات مختلفة لموضوع القيادة الإدارية، ومتطلباتها، وعناصرها، واستخدموا في ذلك معايير مختلفة لقيـاس فاعليـة القيادة من حيث النتائج والآثار المترتبة على تأثير القائد في سـلوك العاملـين. وأهم هـذه المعايير المسـتخدمة: الأداء والإنتاجيـة، والرضا عن العمل، وإشباع الحاجات، ورفع الروح المعنوية. وفيما يلي شرح مركز لأهم النظريات المتعلقة بالقيادة:

نظرية السمات Trait Theory:

تعتمد هذه النظرية على افتراض أن فاعلية القيادة تتحدد بتوافر خصائص وسمات معينة للقائد، وهي خصائص وسمات بيولوجية وشخصية وعاطفية وجسدية وفكرية، تكـون في مجموعها ما يسـمى بالرجل العظيـم. وقد قام «سـتوجدل» [٤٩] بتحديد المجموعات الرئيسة لسمات القائد كما يلي:

- الخصائص الجسمانية: كالعمر، والمظهر، والطول، والوزن، والقوة البدنية، ونبرة الصوت.
- الخلفية الاجتماعية: كالتعليم، والمركز الاجتماعي، والطبقة العاملة التي ينتمي إليها، وإمكانية التنقل.
- الذكاء: كالقدرة على الحكم السديد على الأمور، والحسم، والمعرفة، وطلاقة الحديث.
- السمات الشخصية: كاليقظة، والثقة بالنفس، والاستقلالية، والتكامل الذاتي، وتأكيد الذات، وحاجات التحكم أو السيطرة.
- الخصائص المرتبطة بالعمل: كالحاجة الشديدة للإنجاز، وتحمل المسئولية، والمبادرة، وحب العمل.
- الخصائص الاجتماعية: المشاركة الفعالة في الأنشطة المختلفة، والتفاعل الجيد مع الناس، والتعاون مع الآخرين.

وهذه النظرية لم تصمد طويلاً أمام الانتقادات التي وجهت إليها، والتي من أهمها [٥٠]،[٥١]:

- لا يمكن أن يتصف أي قائد بكل السمات المرغوب فيها نظراً لوجود عدد لا يمكن حصره من هذه السمات.
- صعوبة قياس الصفات المحددة المطلوبة في القائد، إلى جانب عدم القدرة على تحديد المستوى أو الدرجة المطلوبة من كل سمة على حدة.
- لم تستطع هذه النظرية التنبؤ بمن سيكون قائداً، إذ يثبت الواقع أن الكثير من القادة الناجحين لا يتمتعون بعدد كبير من السمات السالفة الذكر، في حين يوجد مرؤوسون كثيرون يتمتعون بسمات عديدة من التي ذكرت ولكنهم لم يصبحوا أبداً قادة فاعلين وظلوا كما هم تابعين.
- أغفلت النظرية المتغيرات الأخرى ذات التأثير على فاعلية القيادة.
- لذاتها ولكن في مدى تأثيرها على سلوك القائد. بمعنى أنها لازمة كعوامل مسبقة (وليست عوامل مسببة) لكي يكتسب الفرد مهارة وتنمية السلوك الذي يؤثر على فاعلية قيادته.

النظريات السلوكية Behavioral Theories:

ظهرت هذه النظريات في أثناء الحرب العالمية الثانية وفي أعقابها نتيجة لظهور حركة العلاقات الإنسانية في الإدارة مع دراسات هوثورن التي كان من بين استنتاجاتها وجود علاقة بين نمط الإشراف والإنتاجية، ونتيجة لإخفاق نظرية السمات في تقديم تفسير مقبول لفاعلية القيادة. وبذلك تحول اهتمام الباحثين ناحية السلوك القيادي بدلاً من السمات، حيث تفترض هذه النظريات أن العامل المحدد لفاعلية القيادة هو سلوك القائد. وسلوك القائد ينشأ من تفاعل العديد من الأفعال والتصرفات التي يبديها في العمل فتشكل نمطاً أو أسلوباً عاماً لقيادته. وهذا التحول يحمل أهمية كبيرة في حد ذاته لأنه يؤكد أن السلوك يمكن تعلمه وتغييره، في حين أن نظرية السمات توحي بأن القيادة موروثة لارتباطها بسمات لا يمكن تعديلها.

ومن أهم الدراسات في هذا المجال ما قام به كل من «كيرت لوين ورونالد ليبيت وزملاؤهما» عام ١٩٣٩ بجامعة «أيوا» بالولايات المتحدة الأمريكية [٥٢]، حيث قاموا بمقارنة ثلاثة أنماط من قيادة الجماعات هي: الأوتوقراطي (الاستبدادي المنفرد) والديمقراطي والحر (المتسيب المتساهل) وفقاً لتعليمات الباحثين القائمين على التجربة. وقد أسفرت الدراسة عن أن القائد الأوتوقراطي قام بتوجيه وتحديد أنشطة المجموعة، واتخذ القرارات المهمة بنفسه دون الرجوع إلى أعضاء الجماعة، واعتمد الثواب والعقاب، وكان هو محور الاتصالات في الجماعة. أما القائد الديمقراطي فقام بتنسيق الأنشطة، وسهل أسلوب اتخاذ القرارات بالأغلبية (بمشاركة المجموعة)، واستخدم الثواب والعقاب بصورة موضوعية، وكانت هناك حرية أكبر في الاتصالات والتفاعل بين الأفراد. في حين لم يمارس القائد المتسيب لا التوجيه المباشر ولا تسهيل عمل الأنشطة، وترك كل شيء للجماعة، ولم يقم بتوجيههم أو متابعة عملهم، ولم يعاقب أو يُثِب أحداً.

والانتقادات التي وجهت لهذه الدراسة تتحدد في أن النتائج التي وصلت إليها لا يمكن الاعتداد بها في مجال العاملين في المنظمات؛ لأنها أجريت على مجموعة من الأطفال غير الناضجين، كما أنه من الصعب الحصول على نتائج مشابهة إذا ما أعيدت الدراسة في مجتمع آخر لا يتميز بالثقافة الأمريكية.

وقد قامت مجموعة أخرى من الباحثين بجامعة «أوهايو» [٥٣] بدراسة بعدين مهمين ومنفصلين من أبعاد القيادة هما:

- المبادأة بالتركيب: وهذا البعد يشير إلى تصميم وتنظيم العمل. ويعني ذلك الدرجة التي يعرف وينظم القائد عمله، مع التركيز على تحقيق الأهداف التي وضعها القائد.
- الاعتبار: ويهتم هذا البعد لتقدير العاملين والاهتمام بهم. ويشير ذلك للمدى الذي يصل إليه القائد في اهتمامه برفاهية أفراد المجموعة التي يقودها، وتأكيده أهمية تحقيق رضاهم عن العمل، وتعبيره عن تقديره لجهودهم، وبحثه عن رأي المرؤوسين عند اتخاذه للقرارات المهمة في العمل.

والشكل التالي يوضح الأنماط الأربعة التي من الممكن أن يتخذها القائد نتيجة لدرجة اهتمامه بالبعدين الذين تمت دراستهما:

شكل رقم (٧-٥)
أنماط القائد

الاعتبار	منخفض ← (أنماط العاملين) → عالٍ	
عالٍ	- درجة منخفضة من الاهتمام بالتنظيم. - درجة عالية من الاهتمام بالعاملين.	- درجة عالية من الاهتمام بالتنظيم. - درجة عالية من الاهتمام بالعاملين.
منخفض	- درجة منخفضة من الاهتمام بالتنظيم. - درجة منخفضة من الاهتمام بالعاملين.	- درجة عالية من الاهتمام بالتنظيم. - درجة منخفضة من الاهتمام بالعاملين.

المبادأة بالتركيب (العمل):

وقد استنتج الباحثون من ذلك أن أداء المجموعة يتعاظم عندما يمارس القائد نمطاً يتسم بدرجة عالية من الاهتمام بالبعدين معاً. هذا الاستنتاج لم يجد تأييداً من الباحثين فيما بعد. ولكن ذلك لا ينفي الأهمية الخاصة لهذه الدراسة في تأكيدها أهمية بعدي العمل والأفراد في تقييم القيادة، كما عملت الدراسة على سد الفجوة بين الحركة العلمية في الإدارة التي ركزت على العمل وبين مدرسة العلاقات الإنسانية التي اهتمت بالعلاقات الإنسانية [٥٤].

وقد قام «ليكرت» (٥٥) وزملاؤه بجامعة ميتشجان بتحديد عنصرين للسلوك القيادي هما التركيز على العاملين والتركيز على العمل. ويشير العنصر الأول إلى سلوك القائد الذي ينظر إلى الأفراد العاملين على أن لهم أهمية ذاتية وحاجات شخصية محددة، أما الاهتمام بالإنتاج أو العمل فيشير إلى العوامل الفنية للعمل، ويعكس وجهة نظر تفترض أن العامل مجرد أداة ووسيلة لتحقيق غاية. وقد أسفرت الدراسة عن نتيجة واضحة عن تميز المشرفين الذين حققوا أعلى أداء باهتمامهم بالنواحي الإنسانية من مشاكل العاملين، وسعيهم لبناء جماعات عمل فاعلة تهدف إلى تحقيق مستويات أداء عالية.

ويمكن تلخيص النظريات السلوكية في القيادة في أنها تفسر موقف القيادة على أساس الأنماط السلوكية للقائد، أي ما يفعله الشخص وليس على أساس خصائصه الذاتية. واهتمت الدراسات بجانبين محددين دون سواهما من جوانب السلوك القيادي يتعلقان بالتوجه نحو العمل والتوجه نحو العاملين. ولكن الواقع يقول إن أسلوب القيادة بالغ التعقيد، ويصعب الحكم عليه على أساس بعدين فقط، فهناك الكثير من العوامل الموقفية الأخرى التي يجب أخذها في الحسبان، وإن تناول أكثر من بعد للسلوك القيادي يؤدي إلى صعوبة حقيقية عند تفسير هذا السلوك.

النظريات الموقفية للقيادة Contingency Theories:

تنسب الجهود الأولى لهذه النظرية لفردريك فيدلر (٥٦) من جامعة الينوي بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تم إدخال متغيرات الموقف كمتغيرات تتفاعل مع خصائص القائد إلى جانب بعدي القيادة اللذين استخدما في دراسات جامعتي ميتشجان وأوهايو. وتم في هذه الجهود تحديد ثلاثة متغيرات موقفية محددة هي:

- طبيعة العلاقة بين المدير وأفراد الجماعة، والتي من الممكن أن تكون طيبة أو ضعيفة.
- تصميم مهام العمل، والتي يمكن أن تكون عالية أو منخفضة.
- مدى القوة والسلطة التي يتمتع بها الرئيس نتيجة لموقعه الوظيفي، والتي تُراوح بين الضعيفة والقوية.

والتأثير الناتج عن محصلة تداخل هذه العوامل الثلاثة بعضها مع بعض يخلق مواقف مناسبة، أو مناسبة لدرجة ما، أو غير مناسبة بالنسبة للمدير. ويرى فيدلر أن أسلوب القائد المناسب يختلف باختلاف الظروف. فالقائد الذي لديه نمط التوجه

نحو تصميم مهام العمل يكون أداؤه أكثر فاعلية في المواقف المناسبة وغير المناسبة، في حين أن المدير الذي لديه نمط التوجه نحو العاملين يكون أداؤه أكثر فاعلية في المواقف المناسبة نوعاً ما.

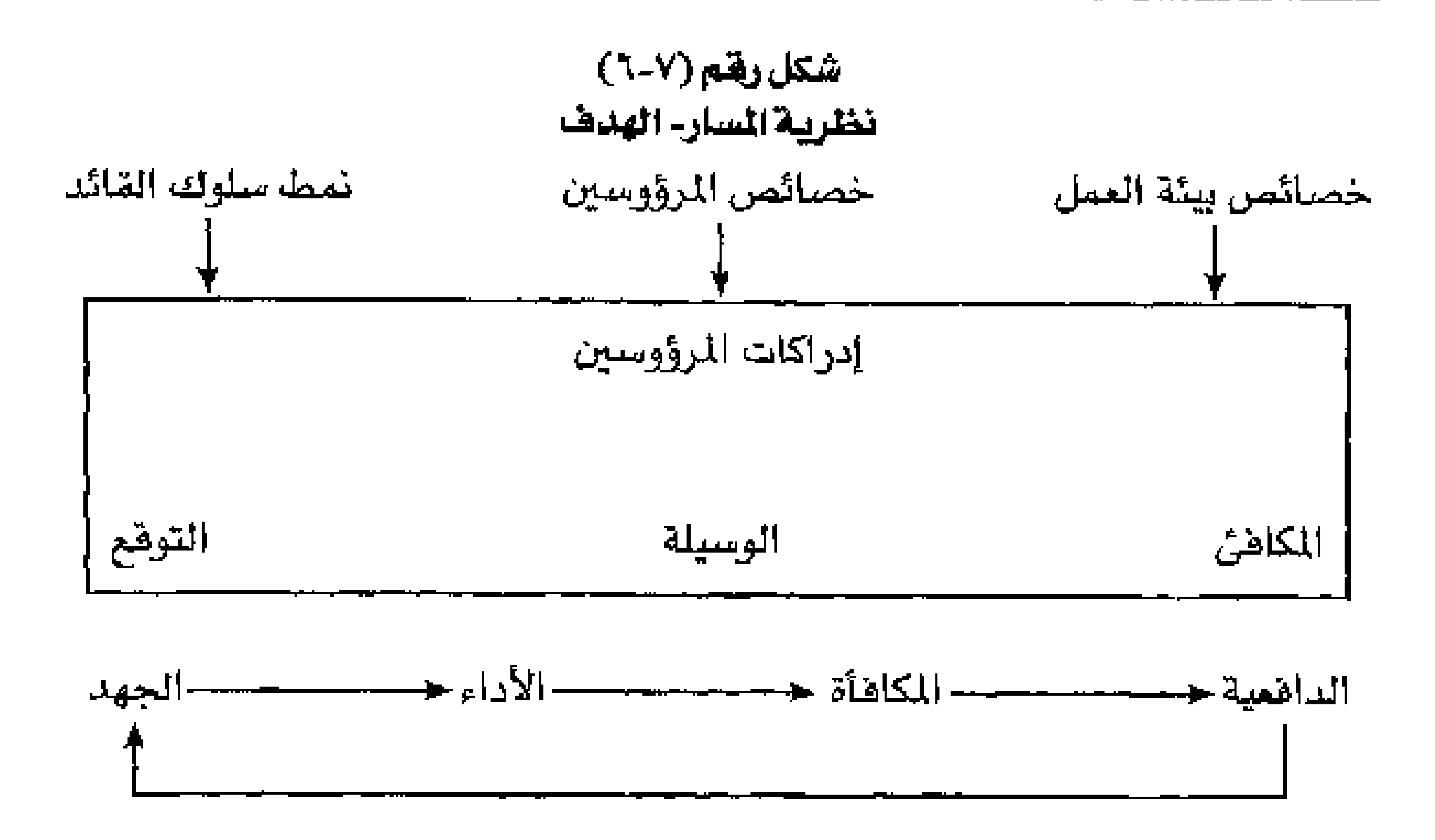
والانتقادات التي وجهت لهذه النظرية تشمل مدى مصداقية النتائج نتيجة لأسئلة الاستبانة التي تم استخدامها للدراسة، وإلى فرضية استقلال العوامل الموقفية التي تم تحديدها عن نمط القيادة، لأنه أحياناً لا يمكن الفصل بينهم.

نظرية المسار- الهدف The Path- Goal Theory:

تعتمد هذه النظرية على نظرية التوقع للدافعية التي تم الإشارة إليها من قبل في موضوع الدافعية، والتي تهتم بالإجابة عن سؤال: لماذا يمكن إثارة الدافعية لدى البعض لأداء عمل ما في حين لا يتم ذلك مع الآخرين؟، والتركيز يكون على الجهد المبذول، والأداء، والمكافآت، والدافعية، والعلاقة بينهما. وقد عمل على تطوير هذه النظرية روبرت هاوس [٥٧] الذي أسس عمله على أن المهمة الرئيسة للقائد هي التأثير على مدركات التوقع وقوة جذب العمل لدى المرؤوسين. فإذا تمكن القائد من مضاعفة مدركات قوة جذب العمل وزيادة احتمالات التوقع فإن ذلك سيؤدي إلى مضاعفة الجهد وإلى مستوى أعلى من الرضا والأداء من المرؤوسين. وانتهى الأمر باستنتاجات محددة يمكن تلخيصها فيما يلي:

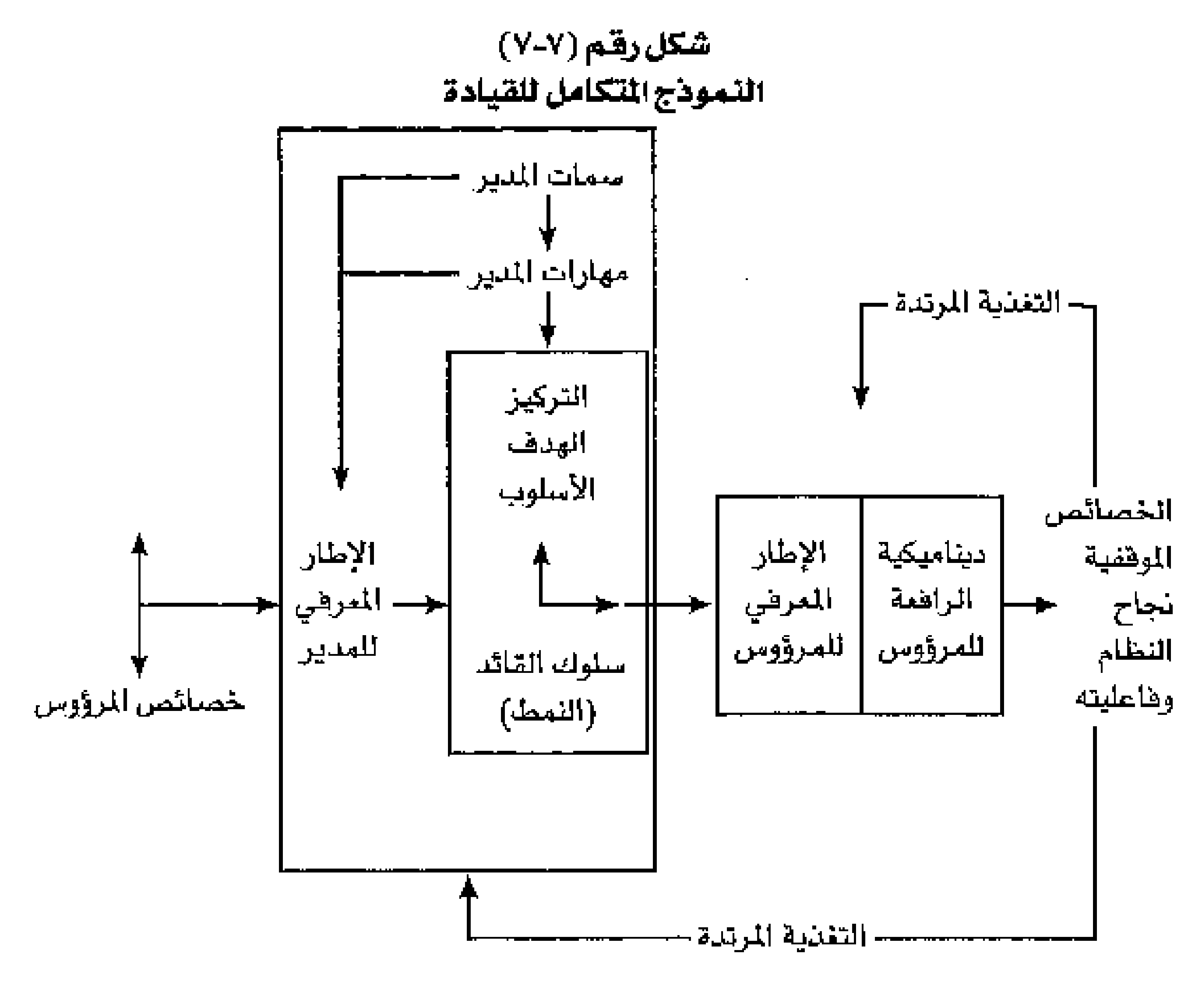
- إن وظيفة القيادة وظيفة تكميلية، بمعنى أن سلوك القائد مقبول ومُرْضٍ للحد الذي يجعل المرؤوسين ينظرون إلى هذا السلوك على أنه مصدر للرضا في الحاضر والمستقبل. لذلك يتوقف تأثير القائد في دافعية المرؤوسين على مدى بيئة العمل من حيث توافر مصادر الدافعية والدعم الأخرى.
- يتحدد تأثير الدافعية بالنسبة لسلوك القائد بالظروف التي يعمل فيها. وهناك عاملان رئيسان يؤثران في فعالية سلوك القائد وهما: خصائص المرؤوسين (كالمقدرة والانغلاق الذهني والجمود والانطواء وغيره)، وخصائص بيئة العمل ومن ذلك المهام، وجماعة العمل، والضغوط ونظام السلطة الرسمية والعوامل التنظيمية الأخرى. والشكل التالي يوضح مضمون هذه النظرية كما يلي:

شكل رقم (٧-٦)
نظرية المسار- الهدف



ومن خلاصة ما سـبق يمكن القول إنه بعد نحو قرن من التنظير والدراسـات في مجال القيادة نجد أن الباحثين قد توصلوا إلى العديد من العوامل المرتبطة بالسـلوك القيادي، والتي يمكن دمجها مع بعضها- بغض النظر عن النظريات التي أدت إليها - لتوضيح دورها وتأثيرها في فاعلية القيادة كما هو واضح من الشـكل التالي (شـكل رقم ٤٥).

شكل رقم (٧-٧)
النموذج المتكامل للقيادة



المصدر: (Shortell et al., Health Care Management, 2006. P. 140.).

ونمط القيادة هو شكل أو نموذج سلوكي من خلاله يستطيع المدير بقصد وتعمد التأثير على النظام (مثل الأفراد، ومجموعات العمل، والمنظمة، والمجتمع) من أجل تحقيق هدف ما. وهذا النمط يمكن تعريفه ووصفه من خلال ثلاثة أبعاد سلوكية هي:

- التركيز: ويعني اتجاه محاولات تأثير المدير. والقيادة الخارجية تركز اهتمامها خارج حدود المكونات التنظيمية المسئول عنها المدير (التركيز نحو الرؤساء والزملاء)، في حين أن القيادة الداخلية تتجه لأسفل تجاه المرؤوسين.
- الهدف: ويشير إلى ما يريد أن يحققه المدير من خلال ممارسته للتأثير في المرؤوسين. وقد يكون هدف المدير تطوير الهدف ذاته، أو تنمية التفاعل بين الرئيس والمرؤوس، أو ترك الحال كما هو عليه أو تحقيق أهداف للمنظمة متفق عليها.

- الأسلوب: ويعني الطريقة التي سيمارس بها المدير تأثيره في المرؤوسين. فأسلوب المدير الموجه (المهتم بالعمل والمتوجه للوظيفة) يعتمد عل تحديد المهام وطريقة الأداء، والهـدف هنا تحقيق الأهداف وليس العلاقة بين المدير والمرؤوسـين أو العلاقة بين المرؤوسـين بعضهم وبعض. والمدير المسهل (المهتم بالاعتبار والمتوجه تجاه العاملين) يسهل مشاركة المرؤوسين في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم، ويأخذ في الحسبان تحقيق احتياجاتهم.

قيادة المهن الطبية الإكلينيكية Leadership in Clinical Practice:

أشـرنا من قبل إلى طبيعة المهن الإكلينيكية في المجال الطبي والتي تتسم بالتعقيد والقدر الكبير من الذاتية في أدائهم لعملهم وكيفية الأداء نفسه، مع الأخذ في الاعتبار اختـلاف كل مهنـة في درجة الإدارة الذاتية الممارسـة، وأن الفئة الغالبة في ذلك هم الأطباء من حيث الفكرة السـائدة من أن لهم عقليـة وإطاراً معرفياً مختلفاً عن مثيله لدى المديرين (ومثلهم ولكن بدرجة أقل التمريض والصيادلة). وهذا يسـاعد بدرجة كبيـرة في فهم السـلوك غير المتوقع منهم من وجهة نظـر المديرين. والجدول التالي يوضح أهم هذه الاختلافات [٥٨]:

جدول رقم (٣)

العنصر	العقلية الإدارية	العقلية الإكلينيكية
الانحياز والولاء	للمنظمة	للمرضى الذين يعالجونهم
المسئولية	موزعة (بين أفراد أو إدارات) أو مشتركة	شخصية
علاقات السلطة	هرمية (عمودية) متدرجة في القوة من أعلى لأسفل (رئيساً ومرؤوسين)	مع الزملاء (أفقية) متماثلة (بين زميل وآخر)
الإطار الزمني	طويل / للمستقبل قد تمتد إلى ما لا نهاية لتحقيق هدف له اعتباره	قصير / للحاضر التركيز على المشكلة العلاجية الحالية

التغذية المرتدة	بطيئة وغير واضحة	وقتية ولا خلاف عليها (المريض تحسن أو ساءت حالته، عاش أم مات)
تحمل الإبهام أو الالتباس	عالٍ	منخفض

واختلاف الإطار المعرفي لدى كل من الأطباء والمديرين له بعض الانعكاسات السلوكية المهمة والتي من أهمها:

- يميل الأطباء لإدراك السلوك القيادي للمدير بطريقة شخصية تختلف عما هو متوقع أو مطلوب. ولا يرجع تأثير ذلك إلى ما ينويه المدير من سلوكه، بل يرجع إلى طبيعة الإدراك لدى الأطباء وما يضيفونه لفهم السلوك.
- الأطباء لهم ديناميكيات معينة للدافعية. فتوقعاتهم ووسائلهم والمكافئ بالنسبة لهم يختلف بدرجة كبيرة عن نظيره لدى المديرين. ولإثارة دوافعهم يلزم على المدير أن يفعل ذلك بالطريقة التي يفهمونها وليس بالطريقة التي يفهمها هو.
- بسبب الاختلاف في العقلية يسيء المديرون فهم المقصود من سلوك الأطباء، ويميلون لإضافة النواحي السلبية لهذا السلوك (مثل: إنه لا يعمل وفق المصلحة العامة للمنظمة، أو أنا لا أفهم لماذا يفعل دكتور ...... ما يفعله). وبصفة عامة يمكن فهم هذا الاختلاف من حقيقة أن الأطباء يتصرفون بطريقة مختلفة عما كان سيفعله المدير إذا حدث الموقف نفسه.

ولقد أدت الدراسات إلى أن نمط القيادة المناسب للأطباء هو النمط ذو الاعتبارية العالية، والمتوجه ناحية العلاقات، والمشارك. حيث يفيد هذا النمط كثيراً في التعامل مع المهنيين [٥٩]. لأنه إذا فهم المهني الهدف الذي يراد تحقيقه فإنه يتقبله ويجد دافعية لتحقيقه. ونمط السلوك المتوجه نحو المهام والعمل يجب أن يكون في أدنى درجاته عند التعامل مع المهنيين، لأنه يخلق نوعاً من الإشراف المباشر الذي لا يرغب فيه المهني. ويجب معرفة أن المهني قد يكون سلوكه ناضجاً جداً في بعض المواقف (مثل قيامه بعمله المعتاد)، في حين لا يكون كذلك في بعض المواقف الأخرى (مثل العمل في لجنة تابعة للمستشفى لتكوين هيئة ممارسة طبية مستقلة).

الصراع التنظيمي Organizational Conflict:

النزاع أو الصراع ظاهرة سلوكية تنشأ عن حالة تراكم العلاقات المعقدة بين أطراف تختلف مصالحها ووجهات نظرها إزاء تحقيق تلك المصالح. ونظراً لأن المنظمات بصفة عامة تقوم بأعمالها وتحقيق أهدافها من خلال الأفراد والجماعات، لذا يعد التفاعل بين الأفراد من أهم العناصر المكونة لحركية الجماعة، وظاهرة النزاع أو الصراع حتمية من الناحية الإدارية مادام هناك تفاعل في الجماعات والمنظمات. وفيما يخص صناعة الخدمات الصحية يعد الصراع مقبولاً ومتوقعاً في ظل نمو سوق الخدمات الصحية، وتوقع اشتداد حدة المنافسة، والتعددية، ونمو القوى العاملة الصحية، وإعادة التحول والتنظيم، والخروج خارج الحدود المعروفة تقليدياً وخاصة في ظل مفهوم العولمة السائد الآن.

ويعرف الصراع على أنه «الحالات التي يعمل فيها الأفراد والجماعات بعضهم ضد بعض، أو أنها تلك العملية التي توضع فيها الجهود بشكل مقصود من قبل أحد الأطراف لإعاقة جهود طرف آخر أو منعه وإحباط جهوده في تحقيق أهدافه ومصالحه» [٦٠].

ويعد الصراع إحدى الظواهر الطبيعية الموجودة في الحياة للأفراد والمؤسسات؛ لأنه لا يمكن ضمان الثبات والاستقرار على الدوام، ولأن التغيير عملية مستمرة ودائمة. لذلك يمكن تعريف الصراع على أنه «ظاهرة سلوكية إنسانية تحدث نتيجة بعض العلاقات التي تسود الجماعات في العمل أو في الأسرة أو في النادي أو في المدرسة، وينتج الصراع كصدى والسيطرة أو الكسب المادي والمعنوي» [٦١]. ويلزم هنا التمييز بين المنافسة والصراع، فالمنافسة تقوم على استخدام الموارد المتاحة، فالمتنافسون في هذه الحالة لا يمكنهما استخدام الموارد بقدرٍ واحد أو بالتساوي. في حين أن الصراع ينتج عن ندرة الموارد ذاتها، ويعتمد ذلك على شعور أحد طرفي الصراع بأن الطرف الآخر يائس ومحبط بالنسبة لموضوع الصراع. بمعنى أنه في حالة التنافس تظل الأطراف المتنافسة مستقلة بعضها من بعض، أما في حالة الصراع فالأمر يحتم التداخل والتفاعل بين الأطراف المتصارعة.

ولا تقتصر أسباب الصراع على الموارد فقط بل تمتد إلى الصراع بسبب الأفكار والمعتقدات وأهداف تخصيص الموارد، وكلها راجعة في الأساس إلى الاختلاف بين الناس، والتي تحدث على مستويات متعددة.

مستويات الصراع Levels of conflicts:

الصـــراع أو المنازعات في المنظمات قد تحدث على مســتويين هما: الأفراد وكذا بين الجماعات.

أولاً - الصراع على المستوى الفردي:

وينشــأ الصراع هنا من عدم قدرة الفرد على تحقيق أهدافه وطموحاته وإشـــباع حاجاته ورغباته بســهولة ويســر، مما يسبب شــعوراً بالنزاع الداخلي والمتعلق أساساً بضغوط العمل.

ومن أهم أسباب هذا الصراع الداخلي ما يلي [٦٢]:

الإحبــاط: وتحـــدث حالة الإحبـــاط عندما يظهر عائق يحـــول دون تحقيق الفرد لهدف أو غاية معينة يســعى إليها لإشباع حاجة محددة. ولذلك يتخذ الفرد في هذه الحال ســلوكاً دفاعياً يتخذ صوراً عديدة من أهمها: الانسحاب والتخلي عن الهدف، العدوانية، أحلام اليقظة، الكبت اللاشعوري، التبرير، التعويض، المساومة، الجمود.

وقد يكون للإحباط نتائج إيجابية تدفع الفرد إلى السعي المتواصل والعمل والمثابرة لتحقيق هدفه بدلاً من الاستسلام السلبي.

تعارض الأهداف: وينشـــأ الصراع الداخلـــي هنا عندما تكون الأهداف التي يعمل على تحقيقها الفرد مفيدة للمنظمة ولكنها ليســت كذلك بالنســبة للفرد ذاته. ولذا ينبغي دائماً العمل على إيجاد نوع بين التوافق وليس التنازع بين أهداف الفرد وأهداف المنظمة.

تعارض أو غموض الأدوار: قد ينتسب الفرد لعدة جماعات في وقت واحد تتطلب منه القيام بأدوار مختلفة بل أحياناً متعارضة (مثل الموظف، عضو النقابة المهنية، ورب أســرة في نفس الوقت). كما قد نجد في بعــض المنظمات أفراداً لا يتفهمون دورهم وطبيعة مســئولياتهم (غمـــوض الدور) مما يؤدي إلى شـــعورهم بالضيق وقلة الإنجاز والتوتر الداخلي لعدم فهمهم ما يقومون به وعلاقة هذا الدور بالآخرين.

مشـــاكل العمل: يشعر الفرد بالتعارض والتوتر بســـبب المشكلات التي تحدث في العمــل نتيجــة عدم الرضا عن العمل، وتعارض بعض أســاليب وإجــراءات العمل مع بعضها البعض، أو تعارضها مع معتقدات الفرد، أو عدم قدرة الفرد على تحسين أدائه، أو الإحساس بالغبن وعدم العدالة.

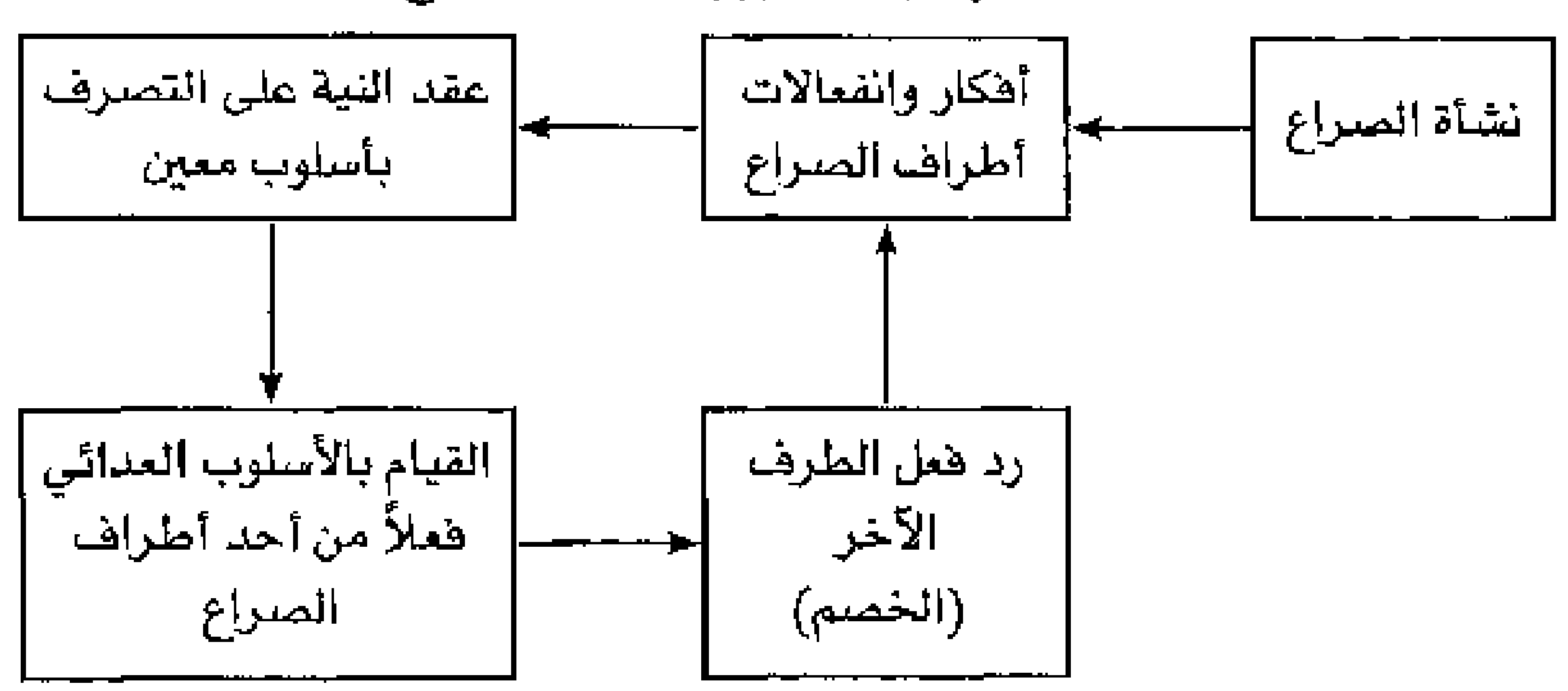
ثانياً - الصراع على مستوى الجماعة:

تختلف الجماعات مثل الأفراد في درجة تعاونها وتماسكها، وقد ينتج الصراع بينها إذا نشأ بينها تضارب في الأهداف، أو التنافس على الموارد المحدودة أو القوة أو السلطة أو المكانة أو الأداء المتميز. كما قد ينشأ الصراع بين المستويات الإدارية المختلفة، أو بين الأجهزة التنفيذية والأجهزة الاستشارية، أو حتى بين الوحدات التنظيمية لجهاز واحد.

مراحل الصراع Stages of Conflict:

عندما ينشأ الصراع يمر بمراحل متعددة يختلف عليها الباحثون وعلى مدة كل منها. والنموذج الأكثر قبولاً في هذا الصدد يمكن فهمه من خلال فهم العلاقة التبادلية التأثير بين أطراف الصراع كما تظهر في الشكل التالي:

شكل رقم (٧-٨)
العلاقة التبادلية التأثير بين أطراف الصراع



(المصدر: ماهر، أحمد، مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية، ١٩٩٧، صفحة ٢٧١).

ويمكن مما سبق حصر مراحل الصراع كما يلي [٦٣، ٦٤]:

مرحلة الصراع الخفي أو المعارضة الكامنة: والتي يتمثل فيها سبب أو مصدر النزاع غالباً في الشعور بعدم الرضا عن وضع ما. والصراع هنا لم يحدث بعد ولكنه لا يزال غير ظاهر أو مدفوناً.

مرحلة إدراك الصراع أو التشخيص: وهي مرحلة تبلور موضوع الصراع، حيث يتم إدراك سبب الصراع والمشكلة الأساسية التي أدت إليه، وأهمية الخلاف على موضوع معين بالنسبة لمصالح أطراف النزاع.

مرحلة الشعور بالصراع: حيث يتولد فيها شعور أو انفعال عاطفي لدى أطراف الصراع، حيث ينوي كل طرف كسب النزاع لصالحه ولو على حساب الأهداف العامة للمنظمة.

مرحلة الصراع المكشوف أو السلوك: وهي مرحلة الرد والتفاعل مع موضوع الصراع والتصرف سلباً أو إيجاباً. وبذلك يكون الصراع علنياً أو ظاهراً ويتم التعبير عنه سلوكياً، حيث يتعمد كل طرف إلى إحباط خصمه وعدم التعاون معه وتخريب ما يبنيه أو يفعله، فلا يستطيع الأفراد العمل معاً. وهذا السلوك ضار مما يستدعي معالجة وإدارة الصراع بحكمة في هذه المرحلة.

مرحلة التسوية أو مخرجات الصراع: تتوقف نتائج أو مخرجات الصراع على كيفية إدارته ومعالجته. ومخرجات الصراع هي محصلة التفاعل بين السلوك الصادر عن الشخص أو الجهة مصدر الصراع والطرف الذي يتفاعل معه. فإذا ما تمت إدارة الصراع بأسلوب يرضي جميع الأطراف ساعد ذلك على إنهاء الصراع وعودة التعاون والتفاهم المتبادل والتنسيق بين الأطراف المتنازعة. أما إذا تم كبت الصراع أو تجنبه أو إدارته بطريقة تؤدي إلى خسارة طرف وربح طرف آخر فمن الممكن أن يسهم ذلك في زيادة الأمور سوءاً، وإعطاء الفرصة لظهور صراعات جديدة في المستقبل، وهو وضع يزيد المشاكل عما كانت عليه في الأساس.

إدارة الصراع Management of Conflict:

توجد عدة إستراتيجيات لإدارة الصراع تشمل كلاً من الإستراتيجيات المخطط لها وتلك التي تنشأ من الخبرة المكتسبة من التعرض للصراعات على مدار الزمن. وكل إستراتيجية لها مزايا وعيوب، ولذلك يمكن القول إنه لا توجد إستراتيجية مثلى لإدارة جميع أنواع الصراع، ولكن المهم هو العمل على تسوية النزاعات قبل استفحالها. ومن أهم إستراتيجيات إدارة الصراع ما يلي [٦٥]،[٦٦]:

التنازل أو الاحتواء:

ويحدث عند النجاح في جعل أحد أطراف النزاع يتغاضى عن مطالبه ويتم إقناعه

بأن يعطي الطرف الآخر ما يريده. ولا يحتاج هذا الأسلوب بالضرورة إلى المواجهة بين الطرفين، بل يكفي ببساطة إعطاء أحد الأطراف ما يريده. وهذه الإستراتيجية لها ميزة إنهاء النزاع بسرعة إلى جانب الاحتفاظ بالعلاقات الطيبة بين الفرقاء مما قد يؤدي بالطرف الرابح إلى الشعور بأنه يلزم أن يعطي الطرف المتنازل شيء ما مقابل تنازله.

التجنب أو الهروب:

ويتحدد هذا الأسلوب بوجه عام في التغاضي عن أسباب الصراع في شكل انسحاب سلبي من المشكلة، أو كبت إيجابي له في صورة استمرار الصراع تحت ظروف معينة ومحكومة. وهذا الأسلوب يتناسب مع القضايا الثانوية القليلة الأهمية أو حينما تكون تكلفة المواجهة تفوق العوائد التي سيتم الحصول عليها.

المساومة أو التوفيق:

ويوصف هذا الأسلوب بعلاقة «الأخذ والعطاء» المتبادلة بين طرفين والتي لا ينتج عنها رابح أو خاسر. ويتضمن هذا الأسلوب اهتماماً بالطرفين حيث تكون هناك فرصة لكل منهما للتنازل عن شيء أو ميزة مقابل الحصول على شيء أو ميزة أخرى. وتكون التسوية فعالة بوجه عام في حالة تساوي القوة بين طرفين، ولذلك قد يستدعي الأمر تدخل طرف ثالث أو إجراء مفاوضات أو تصويت. ويجب ملاحظة أن اتباع أسلوب التوفيق أو التسوية قد ينتج عنه حالة عدم رضاء لدى الطرفين – إذ إن كلاً منهما تنازل عن قليلٍ مما كان يبتغيه – ولهذا السبب تعتبر إستراتيجية المساومة إستراتيجية مؤقتة لاحتمال ظهور مسببات الصراع مرة أخرى في المستقبل.

الإجبار أو استخدام القوة:

وهنا يتم استخدام القوة لإنهاء الصرع، والهدف من ذلك معالجة الموقف بأسرع ما يمكن، أو عندما يلزم تطبيق قرار أو حل غير محبب (غير شعبي)، أو أن الموعد النهائي لموضوع النزاع قد حان. ويتم تطبيق أسلوب الإجبار عن طريق تدخل السلطة العليا بصفتها سلطة رسمية لتطبيق الإذعان عن طريق الأمر بإنهاء الصراع وإلا تعرض الطرف المعترض للعقاب أو النقل أو التعيين في وظيفة أخرى وغيرها من أنواع التدخل الرسمي.

المواجهة:

وهي آخر إستراتيجيات معالجة الصراع والتي بموجبها تقوم الأطراف المتنازعة بمواجهة بعضها البعض مباشرة. وتختلف هذه الإستراتيجية عن الإستراتيجيات الأخرى في عملية تحديد ومناقشة مصادر الصراع من ناحية تعريف وتوضيح وتحدي المشاكل، ودراسة الحلول البديلة، واختيار أنسبها. ولزيادة الاتصال والتفاهم بين الأطراف المتنازعة تستخدم وسائل مثل تبادل الموظفين بين الطرفين لفترة من الزمن، والتركيز على هدف سام مشترك، وعقد الاجتماعات لحل المشاكل عن طريق المواجهة. وتنجح هذه الإستراتيجية إذا توافرت شروط الاعتماد المتبادل بين الجماعات المتنازعة، ووجود هدف أسمى مرغوب فيه مثل بقاء واستمرار المنظمة، وأن تكون هناك صورة من صور المكافأة لإنجاز هذا الهدف. ويتم استخدام هذه الإستراتيجية في الغالب في القضايا المعقدة والشائكة والتي يسودها سوء الفهم.

والخلاصة مما سبق فإنه يمكننا استخلاص الحقائق التالية:

النزاع أو الصراع في المنظمات مسألة حتمية نظراً لوجود مصادر متعددة للصراع.

لا توجد طريقة واحدة مثلى لحل جميع المنازعات.

ولذلك يجب النظر إلى الموقف الحادث وذلك برصد العوامل والظروف التي تسبق وتسبب الصراع، واتخاذ الإستراتيجية المناسبة والفعالة لإدارة وإنهاء الصراع الموجود، مع ملاحظة أن إدارة الصراع مسئولية جماعية.

مراجع الفصل السابع:

1- Roby,Daniel, Designing Organizations, IRWIN, Boston, USA, 1991. P. 13.

٢- عوض، عامر، السلوك التنظيمي «الإداري»، دار أسامة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ٢٠٠٨م. صفحة ٦.

3- Davis, Keith and Newstrom, John W., Human Behavior At Work, 8th ed., McGrew - Hill Book Co., 1989. P. 5.

4- Luthans, Fred, Organization Behavior, 5th ed., McGrew - Hill Book Co., New York, USA, 1989. P. 8.

5- Kreitner, Robert and Kinicki, Angelo, Organizational Behavior, 2nd ed., Richard Irwin Inc., Boston, USA, 1992. P. 21.

6- Hall, Calvin S. and Lindzey, Gardner, Theories of Personality, 2nd ed., John Wiley and Sons Inc., New York, USA, 1970. P. 263.

7- Ibid. P. 386.

٨- حريم، حسين، السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال، الطبعة الثالثة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٩م. صفحة ٤٦.

9- Cohen, Allen & Fink, Stephen & Gadon, Herman & Willits, Robin and Josedfowit, Natasha, Effective Behavior in Organization, 5th ed., IRWIN, Boston, Mass., 1992.

١٠- الملا، عيسى بن علي، التفكير الإيجابي، الاقتصاد – العدد ٣٢٨، محرم ١٤٢٢هـ/مارس – إبريل ٢٠٠١م.

١١- عوض، عامر، ٢٠٠٨م. مرجع سبق ذكره. صفحة ٦٥.

12- Luthans, Fred, 1989. op.cit. P. 123.

١٣- ماهر، أحمد، السلوك التنظيمي، جامعة الإسكندرية، كلية التجارة، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٣. صفحة ١٨٢.

14- Robbins, S. and Coulter, Mary, Management, 8th ed., Pearson Education International, Upper Student River, New York, USA, 2005. P. 352.

15- Ibid. P. 353 - 354.

16- Morehead, Gregory and Griffin, Ricky, Organizational Behavior, 5th ed., A.L.T.B.S. Publications and Distribution, Delhi, 2000. P. 93.

١٧- سيزلاجي، أندرو دي. ووالاس، مارك جي.، السلوك التنظيمي والأداء، ترجمة جعفر أبو القاسم أحمد، الإدارة العامة للبحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤١٢هـ/١٩٩١م. الصفحات ٨٧ - ٨٨.

18- Morrissey, J., Dr. Intimidation: Surly Prescribers Increase Risk of Errors; Survey, 2004, April 5, Modern Health Care, 34 (14), 10.

19- Colvin, G., What Money Makes you Do, 1998. Fortune, 138 (4), 213 - 214.

20- Nordhaus - Bike, A. M., Cutting With Kindness, 1997. Hospital and Health Networks, 71 (2), 62 - 63.

21- Reber, Ralph and Terry, Gloria, Behavioral Insights for Supervision, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A., 1975. P. 32.

22- Schoen, Sterling H., The Management of Organizational Resources, Englewood Cliffs, Prentice - Hall Inc., New Jersey, U.S.A., 1975. P. 56

23- Shortell, Stephen M., and Kaluzny, Arnold D., Health Care Management: Organizational Design and Behavior, 5th ed., Thomson: Delmar Learning, New York, U.S.A., 2006. P. 81.

24- Locke, E. A., and Latham, G. P., What Should We Do About Motivation Theory?: Six Recommendations for the Twenty - First Century, 2004. Academy of Management Review, 13, 23 - 39.

25- Kanfer R., Motivation Theory and Industrial and Organizational Psychology, 1990. In Dunnette M. D., and Houghlin L. M., Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California, U.S.A. PP. 75 - 170.

26- Laurinaitis J., Actions Speak Louder Than Posters, 1997. Psychology Today, 30 (3), 16.

27- Kanfer R. and Ackerman P. L., Aging, Adult Development and Work Motivation, 2004. Academy of Management Review, 29 (3), 423 - 439.

28- O'Connor S. J., Motivating Effective Performance, 1998. In P. Ginter et al., Handbook of Health Care Management, Cambridge, Mass., U.S.A., PP. 431 - 470.

29- Shortell, Stephen M., and Kaluzny, Arnold D., 2006. op. cit. P. 85.

30- Maslow, A. H., A Theory of Human Motivation, 1943. Psychological Review, 50, 370 - 396.

٣١- العميان، محمود سليمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٤. صفحة ٢٨٤.

32- Herzberg, F., One More time: How Do You Motivate Employees?, 1987. Harvard Business Review, 65, 109 - 120.

33- Alderfer, C. P., Existence, Relatedness, and Growth, 1972. New York, Free Press.

34- Shortell, Stephen M., and Kaluzny, Arnold D., 2006. op. cit. PP. 88 - 89.

35- Adams, J. S., Toward an Understanding of Inequity, 1963. Journal of Abnormal and Social Psychology, 67, 422 - 436.

36- Vroom, V., Work and motivation, 1964. Wiley, New York. U.S.A.

٣٧- عاشور، أحمد، السلوك الإنساني في المنظمات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ١٩٨٦. الصفحات ٦٦ - ٦٨.

38- Locke, E. A., and Latham, G. P., Goal Setting: A Motivational Technique that works, 1984. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice - Hall.

39- Locke, E. A., and Latham, G. P., What Should We Do About Motivation Theory?: Six Recommendations for the Twenty - first Century, 2004. Academy of Management Review, 29 (3), 388 - 403.

٤٠- حريم، حسين، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٩م، مرجع سبق ذكره. صفحة ١٢٤.

٤١- سيزلاجي، أندرو دي، ووالاس، مارك جي،، ١٤١٢هـ /١٩٩١م. مرجع سبق ذكره. الصفحات ١٣٥ - ١٣٦.

42- O Connor, S. J. and Lanning J. A., The End of Autonomy?: Reflections on the Post - professional Physician, 1992. Health Care Management Review, 17 (1), 63 - 72.

43- Zimberg, S. E. and Clement, D. G., Physician Motivation, Satisfaction and Survival, 1997. Medical Group Management Journal, 44 (4), 19 - 20, 22, 24, 26, 63.

44- Kongstvedt, P. R., The Managed Health Care Handbook, 3rd ed., 1996. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc.

45- Flurner, Robert M., The New Management, 3rd ed., 1983. Macmillan Publishing Co., Inc., New York. P. 302.

46- Kahn, Robert L., and Katz, Daniel, The Social Psychology of Organizations, 1966. John Wiely and Sons, Inc., New York. P. 301.

47- Kreitner, Robert, and Kinicki, Angelo, 1992. op. cit. P. 516.

٤٨- حريم، حسين، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٩م، مرجع سبق ذكره. الصفحات ١٩٨ - ٢٠٠.

49- Stogdill, R. M., Handbook of Leadership, 1974. New York: Free Press. PP. 74 - 75.

٥٠- عساف، عبد المعطي، السلوك الإداري «التنظيمي» في المنظمات المعاصرة، ١٩٩٤. مكتبة المحتسب، عمان، الأردن. صفحة ١٥٩.

٥١- ماهر، أحمد، السلوك التنظيمي، ١٩٩٣. مرجع سبق ذكره. صفحة ٣١٩.

52- Lewin, K., Lippitt, R., and White, R., Patterns of Aggressive Behavior In Experimentally Created Social Climates, 1939. Journal of Social Psychology, 10, 271 - 276.

53- Stogdill, R. M., and Coons, A., Leader Behavior: Its Description and Measurement, 1957. Columbus, OH, Bureau of Business Research, Ohio State University.

54- Luthans, Fred, 1989. op. cit. P. 445.

55- Likert, R., New Patterns of Management, 1961. New York, McGrew - Hill Book Co.

56- Fidler, F. E., A Theory of Leadership Effectiveness, 1967. New York, McGrew - Hill.

57- House, R. J., A Path - Goal Theory of Leadership, 1971. Administrative Science Quarterly, 16, 321 - 323.

58- Freidson, E., Profession of Medicine: A Study of The Sociology of Applied Knowledge, New York: Dodd/Mead, 1972.

59 Benveniste, C., Professionalizing The Organization, San Francisco: Jossey - Bass, 1987.

٦٠- النجار، محمد عدنان، إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي، عمان، الأردن، ١٩٩٥. صفحة ٢٢٥.

٦١- العديلي، ناصر محمد، السلوك الإنساني والتنظيمي: منظور مقارن، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٥. صفحة ٢٩٥.

62- Luthans, Fred, 1989. op. cit. P. 399 - 400.

63- Dessler, Gary, Organization Theory: Integrating Structure and Behavior, 2nd ed., Englewood Clifs, New jersey, Prentice - Hall Inc. PP. 422 - 423.

٦٤- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي: دراسة سلوك الفرد والجماعة في المنظمات الإدارية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ١٩٩٩، صفحة ١٩٨.

65- Shortell, Stephen M., and Kaluzny, Arnold D., 2006. op. cit. PP. 155 - 156.

66- Kreitner, Robert, and Kinicki, Angelo, 1992. op. cit. PP. 481- 483.

الفصل الثامن
مركزية ولا مركزية الخدمات الصحية

تمهيد:

ترمز اللامركزية في العادة إلى معنى الإصلاح والتغيير، وتهدف إلى تخفيف مدى التأثير والتحكم المركزي وتشجيع الإدارة الذاتية المحلية لتعبئة الموارد المحلية، وتوسيع المشاركة الشعبية، ورفع كفاءة الأجهزة الحكومية، وتحسين العلاقة بينها وبين المواطن، مما يجعل الحكومة أكثر قرباً للناس وأكثر اسـتجابة لاحتياجاتهم ومشـاكلهم. وفي نفـس الوقت يرى البعض – ربما يكونون ممن يخشـون انتزاع الاختصاصات الإدارية والموارد المالية وسـلطة اتخاذ القرارات من أيديهم – أن اللامركزية تعد رمزاً للضعف والتحلل أو النيل من الحكومة المركزية.

ورغم أن الإصلاح السياسي والإداري لا يركز عادة على تحسين الخدمات الصحية إلا أن مثل هذا الإصلاح يحمل في طياته تغييرات مهمة في السلطة والمسئولية المالية للخدمات الصحية. ومن هنا يأتي التأثير الكبير للامركزية على أداء النظام والتنظيم الصحي. ولقد تم الإشارة من قبل في الفصل الثالث إلى أن درجة مركزية التنظيم تعد من أهم الأبعاد الأساسية للمنظمات الصحية، لأنها أحد المكونات التي تميز المنظمة.

وتقوم المركزية في مفهومها العام على مبدأ التوحيد وعدم التجزئة، بمعنى أن تكون سـلطة البت النهائي وتقرير كل نشـاط في الدولة في يد فرد أو هيئة مركزية. حيث إن «درجة المركزية» تشـير إلى أي درجة تنحو عملية اتخاذ القرارات وبعض الوظائف للمركزية أو اللامركزية. ففي نظم الرعاية الصحية المركزية تتخذ القرارات عادة في المستويات العليا للنظام وليس على مستوى المنظمات الصحية، وكذلك بعض الوظائف الإدارية كالتخطيط الإستراتيجي والتسويق تتم على المستوى المركزي. وفي إطار النظم الصحية التي تأخذ بمفهوم اللامركزية يتم اتخاذ القرارات والقيام بوظائف التخطيط الإسـتراتيجي والتسـويق على مسـتوى المنظمات الصحية محلياً، ثم يتم التنسيق لها على مسـتوى النظام الصحي ككل. وقيمة اللامركزية على مسـتوى المنظمة الصحية تظهر في سرعة اتخاذ القرارات، وفي فاعلية تنفيذها، وفي القدرة على تكيف المنظمة مع التغييـر، وفي مدى مواجهة المنظمة للمتطلبات الرقابية والمحاسـبية من الجهات الخارجية المنوط بها هذا العمل.

والمركزيـــة الإداريـــة (تركيز الســـلطة) – وهي محل الاهتمام هنـــا – تعني تجميع مختلف مظاهر الوظيفة الإدارية في الدولة في يد هيئة واحدة تكون عادة في العاصمة وبشـــكل يؤدي إلى توحيد الأســـلوب الإداري وتجانســـه في كل أرجاء الدولة. وتباشر تلك الهيئة التنفيذية هذه الوظيفة إما بنفسها (وهو ما يطلق عليه المركزية المطلقة) أو مـــن خلال موظفين وهيئات تابعين لها ويعملون باســـمها وموزعين على مختلف أجزاء الدولة (وهذا ما يسمى بالمركزية المعتدلة)، وينفذون تعليمات وأوامر من يرأسهم حتى ينتهي ذلك بالرئيس الإداري الأعلى وهو الوزير والذي تتركز بيده السلطات والوظائف الإدارية [١].

ولقد أصبحت لامركزية إدارة النظام الصحي من أهم مداخل طبيعة النظم الصحية في الكثير من بلدان العالم؛ وذلك لأنها تساعد على تحقيق الأهداف الصحية المنشودة والتي على رأســـها إدراك الهدف الأسمى المعروف «الصحة للجميع» الذي تبتغيه دول العالم وأعلنته منظمة الصحة العالمية ضمن إعلان «آلما آتا» الشهير، واقترحت لبلوغه إستراتيجيات محددة جاء من ضمنها تدعيم مبدأ لامركزية النظم الصحية [٢].

وتعتبر لامركزية الأنظمة الصحية وزيادة الدعم على مســـتوى المناطق من الوسائل الفعالـــة في تقديم الخدمات الصحية لمن يحتاجون إليها على المســـتوى المحلي، وأحد الحلول اللازمة والســـريعة لمواجهة تحديات عالم متغير، وللقضاء على التفاوت الكبير النـــاتج عن التقدم الكبير فـــي الوضع الصحي في العقود الأخيرة، وذلك بوضع الناس في صلب الرعايـــة الصحية وإعادة توجيه جوهرية النظم الصحية لتحقيق المســـاواة والعدالة في تقديم الخدمات الصحية.

مفهوم اللامركزية Concept of Decentralization:

يعـــد مفهوم اللامركزيـــة أحد المفاهيم الصعبة والمعقدة فـــي المجال الإداري وذلك بسبب اختلاف وجهات نظر المحللين والكتاب الإداريين حول هذا المفهوم، وخاصة فيما يتعلـــق برؤيتهم لتطبيق مبدأ اللامركزية في مجال الإدارة العامة بصفة عامة وتطبيقه فـــي مجال الإدارة الصحية بصفة خاصة وذلك يرجع لاتســـاع مجال ومدى تطبيقها، حيـــث تثار العديد من التســـاؤلات المتعلقة بهذا المجال والتي منها على ســـبيل المثال: مدى تأثير اللامركزية على قدرة النظام والمرافق الصحية على تقديم الرعاية الصحية طويلة المدى (بالنســـبة للأمراض المزمنة على سبيل المثال)، أو تصميم شبكات الرعاية الصحية المتكاملة، أو على طبيعة المرافق الصحية التي تطبق إستراتيجية اللامركزية،

الإداري ودرجة المركزية. فمن حيث المستوى يمكن أن توجد اللامركزية على مستوى النظام الصحي ككل أو على المستوى التنظيمي - بمعنى توزيع القوة المتعلقة باتخاذ القرارات داخل المنظمة نفسها - [١٣]، أما من حيث اعتبار اللامركزية عملية (طبقاً لمنهج النظم) يحدث فيها نقل السلطة والموارد والوظائف من المستوى المركزي للمستوى الإداري الأدنى. وينعكس ذلك على الأشكال المختلفة للامركزية والتي يمكن تحديدها فيما يلي [١٤]:

- عدم التركيز Deconcentration:

عدم التركيز هي أكثر أساليب اللامركزية استخداماً في الدول النامية منذ السبعينيات، وتعني إعطاء بعض السلطات الإدارية من المركز لمكتب محلي يتبع الوزارة، أو بمعنى آخر تحويل حمل الأعمال دون التخلي عن قوة اتخاذ القرارات من المكاتب المركزية إلى مكاتب طرفية (في التسلسل التنظيمي) تتبع نفس التركيب التنظيمي. فعلي سبيل المثال يمكن لوزارة الصحة أن يكون لها مكتب (مثل مديرية الشئون الصحية وما يتبعها من إدارات بالمراكز المحلية) على مستوى المنطقة ينفذ سياستها وتعليماتها وأنشطتها بالمنطقة مع السماح بقدر من حرية التصرف التي تجعل الإدارة المحلية تتخذ القرارات الروتينية اليومية دون الرجوع الدائم إلى الوزارة المركزية في كل مهام العمل. ويعد أسلوب عدم التركيز أقل درجات تنفيذ اللامركزية [١٥]، وذلك لأنه ينقل السلطة الإدارية وليس السلطة السياسية للمستوى الإداري الأقل في النظام الصحي، ويعني ذلك أنه في هذا الأسلوب يتم نقل السلطات فقط وليس المسئوليات والتي تظل بحكم الدستور والقانون بحوزة المسئولين بالوزارة، وبالتالي يظل من حق هؤلاء المسئولين سحب هذه السلطات في أي وقت. ويستخدم هذا الأسلوب في الغالب في الدول البسيطة الصغيرة الحكم لإدارة توزيع سلطة صنع القرار والمسئوليات المالية والإدارية بين المستويات المختلفة للحكومة المركزية [١٦].

والإدارة الصحية المحلية تحت تطبيق أسلوب لامركزية عدم التركيز تأخذ أحد الشكلين التاليين [١٧]:

- النمط الرأسي: والذي يكون فيها الممثلون المحليون مسئولين أمام الوزارة المركزية بطبيعة أنهم ينفذون سياساتها وتعليماتها.
- النمط المتكامل أو الموحد: وهو نمط يوجد فيه شخص يمثل الحكومة المركزية (المحافظ، الوالي، مدير الإقليم) ويكون مسئولاً أمامها. وفي هذه الحالة تكون وزارة

الإدارة المحليــة أو وزارة الداخلية هي المســئولة عــن الأداء الكلي للوظائف الإدارية الحكومية في المنطقة، ويكون المســئولون المحليون الممثلــون للوزارات المركزية (مثل مدير الصحة) مسئولين أمام المحافظ أو الوالي وذلك فيما يتعلق بالأنشطة اليومية لأعمالهم، ومسئولين من الناحية الفنية لأعمالهم أمام وزارتهم المعنية.

وهذه الصورة من اللامركزية تنال تشــجيعاً كبيراً في الدول التي تعاني مشــكلات تحقيق التنمية في المناطق الريفية بســبب عمل الوزارات المختلفة بطريقة مســتقلة. فــي حين يرى بعض الخبراء أن هــذه الصورة من اللامركزية تقوي من المركزية وليس اللامركزية [١٨].

- التفويض Delegation:

نمط التفويض يعني نقل المســئولية والســلطة الإداريــة لوظائف محددة لمنظمات شــبه ذاتية الإدارة وغيــر خاضعة بالكامل لمراقبة الحكومة المركزية، ولكنها مســئولة عنها في النهاية، وذلك لزيادة الكفاءة المالية والمرونة وســرعة الاســتجابة، مع الإبقاء على تحمل الحكومة المركزية للمســئولية النهائية عن هــذه الوظائف المفوضة. ولذا تراقــب هذه المنظمات المفوضة بطريقة غير مباشــرة عن طريــق الحكومة المركزية. والســمات البارزة فــي هذا النمط تتحدد في تحويل الوظائــف للمناطق أو المنظمات أو الوحدات القائمة بمشــروعات معينة، والاســتقلال عن قواعد وإرشادات الحكومة المركزية فيما يتعلق بالقوي البشرية، وتوظيفها، والميزانيات. وقد استخدم هذا النمط من اللامركزية بكثرة في المجال الصحي في إدارة المستشفيات التعليمية، وإدارة تقديم الخدمة الصحية الممولة عن طريق التأمين الصحي على سبيل المثال.

ولا يتوافق نمــط لامركزية التفويض مع لامركزية عدم التركيز لأنه إذا تم تفويض إدارة جميع الخدمات الصحية لمنظمات منفصلة ســيصبح دور وزارة الصحة مقتصراً على موضوعات السياسات والأمور الإستراتيجية فقط.

- نقل الصلاحيات Devolution:

نقل الصلاحيات يعني إنشــاء أو تقوية المســتويات الإداريــة الحكومية الأدنى من المســتوى المركزي (غالباً ما يطلق عليها الحكومة المحلية أو الســلطات المحلية) وذلك للقيام بمجموعة معينة من الوظائف بطريقة مستقلة إلى حد كبير عن المستوى الإداري المركزي. وتعتمد اســتقلالية هذه المستويات المحلية عن المستوى المركزي في الأساس

على الوضع القانوني لها، وحدودها الجغرافية، وتحديد الوظائف التي ستقوم بها، وسلطتها الدستورية لجلب وزيادة الموارد وسبل الإنفاق. وبموجب هذا الشكل من اللامركزية تنتقل السلطات والمسئوليات والصلاحيات الخاصة فعلياً بإجراء كلي أو جزئي إلى وحدات فرعية كالأقاليم والمدن والبلديات، مع إعطائها سلطة في اتخاذ القرارات دون الرجوع إلى السلطات المركزية باستثناء بعض الأمور المتفق عليها سلفاً. وهذا الشكل يميل إلى ديمقراطية اللامركزية.

ويلاحظ هنا أن هذا الشكل يتضمن تغييرات جذرية في إعادة التركيب التنظيمي للمنظمات الصحية بالمقارنة بشكل لامركزية عدم التركيز.

- الخصخصة Privatization:

الخصخصة تشير إلى نقل الوظائف الحكومية للخدمات الصحية لمنظمات تطوعية أو هادفة أو غير هادفة للربح مع وجود درجات مختلفة من الإرشادات الحكومية. والبعض يرى هذا الأسلوب باعتباره مرحلة مؤقتة تتجه إليها الحكومات في حالة العجز عن توفير الموارد المالية الكافية لتقديم الخدمات الصحية الملائمة أو حتى الإبقاء على مستوى الخدمات الصحية القائمة.

ومن الناحية التطبيقية توجد مقترحات عديدة لسد هذا العجز المالي الحكومي [١٩] في اتجاه اللجوء للخصخصة في مثل هذه الأوضاع، ويتمثل ذلك في حلول عديدة منها زيادة ما يدفعه المنتفع من الخدمة الصحية Cost Recovery (استرداد بعض تكاليف العلاج)، أو توفير الخدمات الصحية من خلال الدفع غير المباشر عن طريق طرف ثالث Third Party كما هو الحال في النظم التأمينية الصحية، أو تقديم الخدمات الصحية بالاعتماد أكثر على القطاع الخاص ضمن النظام الصحي العام.

وموضوع الخصخصة يحتمل الكثير من الجدل ووجهات النظر من حيث قدرة المنتفع من الخدمات الصحية على دفع تكاليفها، ودوافع مقدمي الخدمة، ونمط التعليمات والإرشادات الحكومية في هذا الصدد، ومدى تعارض مفهوم الخصخصة مع الأهداف الحكومية المتعلقة بمواضيع مثل المساواة والعدل والإنصاف في الحصول على الخدمة الصحية لجميع المواطنين.

ومن الجدير بالذكر أن بعض الباحثين في المجال الإداري لا يعتبرون نقل الصلاحيات أو الخصخصة نوعاً من اللامركزية [٢٠]. وذلك باعتبار أن نقل الصلاحيات مفهوم منفصل تماماً عن مفهوم اللامركزية لكونها نوعاً من نزع السلطات أو الانفصال

عن الحكومة المركزية وإيجاد وحدات تنظيمية ليست تحت الرقابة المباشرة للسلطة المركزية. وبالنسبة للخصخصة فهي تتضمن التحول من القطاع الحكومي للقطاع الخاص في حين تتضمن اللامركزية نقل السلطة والوظائف وحتى الموارد من المستوى المركزي الحكومي للمستوى الطرفي، وبالتالي فهما مفهومان مختلفان [٣١].

تطبيق اللامركزية:

كما أوضحنا من قبل يمكن للامركزية أن تأخذ أشكالاً مختلفة ليس فقط في تطبيقاتها في الدول المختلفة، بل أيضاً في نفس الدولة. ففي المملكة المتحدة مثلاً نجد أن العديد من الخدمات الصحية على المستوى المحلي تقدم من خلال الجهات المحلية من خلال أسلوب عدم التركيز الإداري، رغم أن ذلك لم يمنع أن تظل الخدمات الصحية بصفة عامة من ضمن مسئوليات الدولة على المستوى القومي. والواقع أن التطبيق والتمييز بين الأشكال الأربعة للامركزية يعتمد في الأساس على البعد القانوني لكل منها، بالإضافة إلى عدة عوامل أخرى أهمها [٣٢]:

الحجم Size:

يؤثر حجم الدولة على كل من اختيار شكل المركزية المراد تطبيقه، ودرجة اللامركزية التي تمارسها الجهة المحلية على المستوى الطرفي. وكلما زاد حجم الدولة صعب ضمان كفاءة إدارة شئونها من منطلق مركزي، في حين أنه في الدول الصغيرة لا يوجد حاجة ملحة لنقل السلطات أو حتى وجود مستويات إدارية متعددة فقد يكفي مستوى إداري واحد. وعلى سبيل التوضيح نجد أن دولاً كبيرة كالبرازيل والهند ونيجيريا والولايات المتحدة الأمريكية تعتمد على النظام الفيدرالي مع وجود درجات مختلفة للامركزية في كل ولاية، في حين أنه من الممكن أن نجد في جزيرة صغيرة نوعاً ما تتمتع بصفة الدولة؛ أن وزارة الصحة هي المسئولة مباشرة عن تقديم الخدمات الصحية دون وجود مستويات إدارية متعددة.

وعلى مستوى المنظمات نفسها نجد أنه كلما كبر حجم المنظمة كان الاتجاه أكثر للامركزية؛ لأن الحجم الكبير لأي منظمة يزيد من حجم المسئوليات الإدارية مما يولد ضغوطاً لتفويض بعضها [٣٣].

التعدد الملائم للمستويات الإدارية Appropriate Administrative Levels:

يفهم من مصطلح اللامركزية نقل السلطة لمستويات إدارية أقل من المستوى المركزي،

ولكنه لا يحدد المستوى الأقل الملائم لنقل هذه السلطة، وهذا التحديد مهم من ناحية تأثيره على تحقيق الهدف من اللامركزية. فالهدف العام للامركزية هو جعل الحكومة قريبة من الناس لتشجيع مفهوم مشاركة المجتمع، وذلك لا يتحقق عملياً إلا بالوصول لمستوى أقل الوحدات المجتمعية وهي القرية، وذلك يؤدي إلى تعدد المستويات الإدارية من المستوى المركزي ثم للإقليم وبعدها للمراكز الإدارية فالمدن ثم القرى وما فيها من تقسيمات سكنية (كما هو حال اللامركزية في السويد مثلاً). وعلى الحكومة تحديد كيفية إنجاز المشاركة الشعبية لمعرفة العدد الملائم للمستويات الإدارية، ومعرفة وتهيئة الظروف الملائمة لذلك من ناحية توافر الكوادر الفنية في المستوى المطلوب لتحمل مسئوليات القيام بسلطات ومسئوليات اللامركزية حتى توفر لها فرص النجاح. ومن أفضل الحلول التي تم الوصول إليها وتطبيقها في هذا الصدد ما يعرف بأسلوب أو نمط «المنطقة» [٢٤] الذي يتطلب حدوداً جغرافية معينة يسكنها ما بين ٥٠٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠٠ نسمة مع وجود مدينة مرجعية بهذه المنطقة الجغرافية كمركز للاتصالات والأعمال والإشراف والمتابعة والدعم الإداري والفني، إلى جانب توافر مستشفى يقدم الخدمات الصحية التخصصية لخدمة وحدات الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة. ويعد نمط المنطقة الطبية من أكثر الأنماط استخداماً في مجال تقديم الخدمات الصحية.

وعلى مستوى المرفق الصحي يمكن التصرف في هذه المسألة وإشراك العاملين من خلال العمل التنظيمي المعتمد على اللجان وفرق العمل والذي تم إيضاحه في فصل سابق، أو من خلال تحديد المستوى الإداري الذي يتم له لامركزية تفويض الأعمال. وفي دراسة «نعيرات، ٢٠٠٦» عن التطوير التنظيمي للمؤسسة الصحية لرفع كفاءة العاملين من خلال اللامركزية الإدارية رأى أغلبية العاملين بمجتمع الدراسة (مستشفى جنين) في اللامركزية الإدارية وسيلة لتطوير العمل، وأيدوا تفويض الصلاحيات ولمستوى متوسط من الإدارة [٢٥].

تكوين السلطة الصحية المحلية Formation of Local Authorities:

رغم احتفاظ وزارة الصحة بالمسئولية عن الخدمات الصحية إلا أن المنظمة الصحية التي يكون بها لامركزية عدم التمركز أو التفويض يكون لديها مجلس ما (مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء أو المجلس الاستشاري) لتقديم المشورة والرقابة على أعمال المرفق الصحي. ويعد هذا المجلس وسيلة لجعل الخدمات الصحية متمشية مع رغبات واحتياجات المجتمع، ولهذا السبب يختار أو يعين أو ينتخب أعضاؤه على أساس تمثيل

جميع الأطراف صاحبة المصلحة للخدمة الصحية كممثلي المجتمع وخاصة المجموعات الخاصة فيه والأجدر بالرعاية، ومقدمي الخدمة وفيهم المجموعات التطوعية، وممثلي الإدارة المحليــة، وممثلــي المهن الطبية. ويمكــن أن تكون لهذا المجلس قوة الســلطة الاستشارية وبعض الاختصاصات التخطيطية والرقابية، أو يكون له المسئولية الكاملة عن الخدمات الصحية المحلية بالمرفق الصحي. وتتعدد مسميات هذا المجلس من دولة لأخرى مثل المجالس الصحية كما هو الحال في ســريلانكا مثلاً، أو المجالس الإدارية أو مجالس الأمناء بالمستشفيات كما هو الحال في مصر، أو المجلس الصحي أو اللجنة الصحية على مســتوى المركز الإداري أو المنطقة في إيطاليا وكندا، أو منظمات النظم الصحية فــي الولايات المتحدة الأمريكية، أو الفرق الصحية بالمركز الإداري أو الولاية كما هو الحال في زيمبابوي [٣٦]، [٣٧]، [٣٨]، [٣٩]، [٤٠].

مشاركة المجتمع Community Involvement:

ينظر عادة إلى اللامركزية على أنها وســيلة لتمكين المجتمعات للمشاركة في اتخاذ القرارات حول الخدمات الصحية المحلية المقدمة لها بطريقة أكثر وقتية من ناحية الزمن ومباشرة من الناحية الموقفية، إلا أنه في الوقت نفسه يلزم التنويه بأن اللامركزية فقط لا تحقق ذلك بل يستلزم الأمر استخدام آليات إضافية للتعامل مع عدة عوامل سياسية واجتماعيــة واقتصادية أخــرى لتحقيق هذا الغرض. وتثار باســتمرار عدة تخوفات حول موضوع المشــاركة الشــعبية والتي من أهمها ســيطرة النخبة أو القوى المعارضة فــي المجتمع المحلي وتوجيههــا لإمكانياته في اتجاهات لا تحقق المصلحة العامة. وما يهمنا هنا هو ما يمكن أن يتعرض له المسئولون الصحيون وخاصة مديري المستشفيات مــن ضغوط من هــذه النخبة، وذلك في حالة تمتعهم بســلطة قوية لاتخاذ القرارات. ومن ناحية أخرى قد تخلق اللامركزية وضعاً معيناً يكون فيه ســيطرة واضحة لمديري المستشــفيات عالية التكنولوجيا بحكم الخلفية المهنية مما يدفعهم إلى طلب المزيد من الموارد باســتمرار على حساب الخدمات الصحية المقدمة في مستويات رعاية صحية أقــل. ويمكن التخفيف من حدة هذه الضغوط والمخاوف في مثل هذه الأحوال إذا ما أخذ تطبيق اللامركزية صــورة عدم التركيز بدلاً من صيغة نقل الصلاحيات، وكذلك إذا ما تم التركيز بحق على الرعاية الصحية الأولية والثانوية في المجتمع المحلي، وإذا ما ســاعدت اللامركزية على توسيع الأهداف الاجتماعية المتعلقة بالصحة مثل تنفيذ سياسات الحرب على الفقر التي انتهجتها الولايات المتحدة الأمريكية والعديد من دول العالم [٤١].

مصادر التمويل وسبل تخصيص الموارد Financing and Fund Allocation:

يتأثر شـكل ودرجة اللامركزية بشـكل كبير بمصادر تمويل الأنشطة الصحية على المستوى المحلي وكذلك بوسـيلة تخصيص الموارد المتاحة للأنشطة الصحية المختلفة. والأمر يتعلق هنا بقدرة السلطة المحلية على زيادة مواردها الذاتية من خلال الضرائب والرسـوم المحلية والتي غالباً ما تكون محدودة بحكم القانون من ناحية، وبحكم تحكم النظام المركزي في فرض الضرائب والرسوم بصفة أصلية على مستوى الدولة كلها من ناحية أخرى. وبصفة عامة تعتمد السلطة المحلية في الأساس على مخصصات الميزانية العامة للدولة في إدارة الأنشطة الصحية، وبالتالي لا تختلف السلطة المحلية في هذه الحالة عن المكاتـب المحلية التي تمثل الوزارة المركزية. وحتى في حالة الاعتماد على ميزانية الدولة تواجه السلطات الصحية المحلية مشكلة تخصيص الموارد المتاحة والتي تخصص عادة في صورة بنود محددة للصرف لا يمكن غالباً تجاوزها وإلا اعتبر ذلك نوعـاً من المخالفة المالية. ويمكن التقريب بين الاحتياجات الفعلية للمجتمعات المحلية وبين التخصيص غير المناسـب للموارد على عدة أسـس عادلة تراعي الوضع المحلي لكل مجتمع بمراعاة الظروف الاجتماعية والاقتصادية المختلفة مثل: التخصيص على أسـاس عدد السكان، أو على أسـاس الاحتياجات الصحية التي تدل عليها المعدلات العامة والخاصة للوفيات والأمراض، أو على أساس متوسط دخل الفرد على المستوى المحلي وغيرها، أو على أسـاس المزج بين كل أو بعض هذه المعايير. وفي حالة الدول التي تسمح باسـترداد بعض تكاليف العلاج من المواطنين يمكن السماح للمستشفيات والمراكز الصحية بالاحتفاظ بالموارد المحصلة في حوزتها كمصدر دخل مسـاعد يحفز على زيادة كفاءة التحصيل والصرف من هذه الموارد، على الرغم من ميل وزارة الصحة أو المالية لعدم منح هذه المسئولية المالية في الغالب للمحليات [٣٢].

مسئوليات التخطيط:

تختلف المسـئوليات المتعلقة بالتخطيط الصحي على المسـتوى المحلي لتشكل مدى واسعاً يمتد بين السـماح بقدر كبير من استقلالية التخطيط إلى التحكم الواضح في هذه المسـئوليات وقصره على المستوى المركزي. وتتعدد صور المسئولية عن التخطيط لتشمل التالي:

- التخطيط الذاتي ووضع البرامج وتنفيذها ضمن سياسـات محددة وإسـتراتيجية موضوعة على المستوى المحلي (كما هو الحال في الدول المتقدمة في أسلوب الحكم المحلي).

- التخطيط الشامل والبرمجة المفصلة ضمن قواعد وإرشادات الحكومة المركزية مع ضرورة الحصول على موافقة مسبقة على المشروعات الصحية الكبيرة (كما يوجد في الدول المتقدمة في الحكم المحلي أو الدول التي تطبق عدم التركيز الإداري بطريقة فعالة).
- التخطيط الشامل والبرمجة المفصلة ضمن إرشادات خطة الحكومة المركزية مع ضرورة الحصول على موافقة مسبقة على جميع الأنشطة الصحية المطلوب تنفيذها (في الدول التي تطبق عدم التركيز الإداري بطريقة محدودة).
- تنفيذ الخطة المركزية للدولة وبرامجها المفصلة (عدم تركيز إداري محدود جداً).
- التقدم بقائمة مشروعات صحية للتطوير للحكومة المركزية (أقل صور عدم التركيز).
- خليط مما سبق حيث يمكن التخطيط وتنفيذ عدد من المشروعات الصحية بميزانياتها محلياً، وجزء آخر ينفذ تحت سيطرة الحكومة المركزية.

التعاون بين الهيئات والقطاعات Intersectoral Collaboration:

يصاحب تطبيق اللامركزية في الغالب رغبة في تحسين التكامل والتنسيق بين جميع الخدمات العامة على المستوى المحلي، وهذه حقيقة إيجابية في صالح اللامركزية لأنه من الصعوبة تحقيق التعاون بين القطاعات المتعلقة بالصحة على المستوى المركزي. فالوزارات تتنازع من أجل الحصول على الموارد، وتضع لنفسها سياسات خاصة خوفاً من أن ينتج عن مثل هذا التعاون استخدام أكبر لمواردها في غير الأعمال الذاتية المحددة والمتعلقة بتحقيق أهداف كل وزارة على حدة. في حين أنه على المستوى اللامركزي تكون العلاقات بين ممثلي الوزارات أقل رسمية وأكثر إحساساً بالمشاكل المشتركة التي ينعكس تأثيرها على جميع الهيئات المحلية، وبالتالي تعد المواجهة المشتركة لهذه المشاكل أفضل من مواجهتها عن طريق كل هيئة على حدة.

مما سبق يتضح أن ما نراه من تطبيقات للامركزية على أرض الواقع يؤكد الحاجة إلى الإدراك الكافي من قبل المسئولين الصحيين لمدى تعقد عملية تصميم وتنفيذ التغيرات الأساسية اللازمة لتطبيق اللامركزية بفاعلية وكفاءة. ولتحقيق ذلك يلزم التنبه للمواضيع التالية التي تمس بحق جدية تطبيق اللامركزية في مجال الخدمات الصحية [٣٣]:

- **تحسين المساواة:** يجب أن يعمل النمط اللامركزي للخدمة الصحية على تدعيم المساواة في الرعاية الصحية من خلال تأكيد تخصيص الموارد لتوفير الخدمة الصحية وضمان الحصول عليها طبقاً للاحتياجات الصحية الفعلية للمجتمع، بغض النظر عن الفوارق والاعتبارات الاجتماعية والاقتصادية. بالإضافة إلى التركيز على مسألة تحمل المواطنين لتكاليف العلاج طبقاً لقدراتهم المالية.
- **تحسين الكفاءة:** يعتمد تحسين الكفاءة الكلية لخدمات الرعاية الصحية الأولية على كفاءة تخصيص الموارد والكفاءة الفنية. ويمكن تحقيق كفاءة تخصيص الموارد بإيجاد المستوى الصحي الملائم للصرف عليه أكثر لتحقيق أكبر فاعلية للنفقات، وكذلك بتخصيص الصرف على المشاكل الصحية الحقيقية للمجتمع حسب أولويتها لجني أكبر مردود صحي إيجابي لهذه النفقات. وتحقيق الكفاءة الفنية يتم عن طريق اختيار واستخدام أفضل مزيج من المدخلات المتوافرة (الموارد البشرية، المخصصات المالية، المواد والأجهزة الطبية، وأساليب الإدارة والتشغيل).
- **تحسين الجودة:** عملية اللامركزية تحتاج لضمان أن جودة الرعاية الصحية المقدمة ليست حلاً وسطاً. بمعنى أنه يلزم تأكيد أن تحسين جودة الرعاية الصحية المستمر عملية حيوية وموجودة ومستمرة على جميع المستويات والقطاعات، سواء كان المرفق الصحي حكومياً أو خاصاً أو تطوعياً أو لا يهدف للربح.
- **مستوى اللامركزية:** يجب أن تعمل جميع الدول من خلال فهم أن لامركزية الخدمات الصحية هي جزء من إصلاح مدني شامل بصفة عامة، وإصلاح صحي بصفة خاصة. ولذا يلزم الاعتماد على المعطيات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لكل دولة لاختيار نمط ودرجة اللامركزية الملائمة التي تحقق أهداف السياسات العامة للدولة.
- **دور وزارة الصحة في النظام اللامركزي:** من منطلق أن عملية اللامركزية تحقق قدراً من المساواة وجودة الخدمات الصحية، وأن اللامركزية لا تجرد وزارة الصحة من كل أدوارها ومسئولياتها بل تعطي أهمية أخرى لوظائفها المهمة والحرجة، فإننا نلمس دوراً مهماً لوزارة الصحة من ناحية أنها تؤدي الدور الأساسي في التنسيق والتعرض للقضايا والقرارات العامة. ويتحدد دور وزارة الصحة في النظام اللامركزي فيما يلي:
  - وضع السياسات العامة المرتبطة بالأولويات الصحية، وإدارة الموارد البشرية، والإنفاق الصحي، ونظم التأمين الصحي، مع الوضع في الاعتبار مسائل الكفاءة والمساواة وجودة الخدمات الصحية.

- وضـــع القواعد والمعايير والبروتوكولات للخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، مع تقديم المساعدة الفنية للبرامج الصحية.
- التخصيص العــادل للموارد وخاصة فيما يتعلق بالموارد الرأســمالية والتطويرية منها.
- إيجاد نظام معلومات صحي وإداري مع الاهتمام بالتغذية المرتدة للمعلومات.
- تقويم أداء النظام الصحي على كل من المستوى المركزي والمحلي.
- التحكـم فــي الجودة والترخيص للأدويــة وتوزيعها والتأكد من ســلامة عمليات تصنيعها.
- تنظيــم خدمات القطاع الخاص الصحية والبحثية ســواء كان يهدف أو لا يهدف للربح.
- تشجيع وتطوير البحوث الأساسية وبحوث العمليات.
- التنسيق والاتصال بالمنظمات الصحية العالمية ووكالات المعونة الأجنبية.

مزايا وعيوب اللامركزية:

تتضمــن لامركزية الخدمات الصحية عدة آليات لنقل الســلطات المالية والإدارية المتعلقة بتقديم الخدمات الصحية من الوزارة المركزية لمؤسســات بديلة بغرض تحسين أداء القطــاع الصحي. ويتضمن ذلك الرغبة فــي تحقيق عدد من الفوائد التي يمكن تحديد أهمها فيما يلي [٣٤)، (٣٥)، (٣٦)، (٣٧)، (٣٨]:

- جعــل اتخاذ القرارات أقــرب لتلبية احتياجات المجتمعات التــي تقدم لها الخدمة، ويتحقق ذلك طبقاً لمبدأ مشاركة المجتمع. كما يمكن في الوقت نفسه أن تكون عملية اتخاذ القرارات أقرب لمتطلبــات مقدمي الخدمة إذا كانت في اتجاه تحقيق رغبات واحتياجــات المنتفعين من الخدمة الصحية. كما يســاعد ذلــك أيضاً في تخفيف اختناقات اتخاذ القرارات التي كثيراً ما تســببها مركزية التخطيط والســيطرة من جانب المستوى المركزي.
- المساعدة على التقليل من الإجراءات البيروقراطية المعقدة والتركيز على المهام بدلاً من الاحتياجات، وذلك بزيادة حساسية المسئولين بالظروف والاحتياجات المحلية.
- إيجاد فرص كبيرة لتحقيق التعاون والتنسيق مع القطاعات والهيئات والمرافق الأخرى المهتمة بالصحة.

تحمل المسئولية، وعيوب شبكة الخدمات الصحية القائمة، ومقاومة فقدان السيطرة على الموارد المالية من جهة المستوى المركزي، وضعف القدرات الإدارية والفنية على المستوى المحلي، وصعوبة توفير الموارد المالية التي تؤدي إلى قلة القدرة على تقديم وتوزيع الخدمات بطريقة مناسبة وعادلة وتنفيذ المسئوليات الإدارية المنقولة للمستوى المحلي، وتعقيد عملية التنسيق الوطني، وعدم الثقة بين القطاعين الحكومي والأهلي الذي يقلل من فرص التعاون على المستوى المحلي، وغيرها [٤٠،٤١،٤٢]. ومن التجارب السابقة للعديد من الدول التي حاولت أو تحاول تطبيق اللامركزية اتضح وجود مجموعة من العوامل المهمة التي تؤثر في هذا التطبيق وأهمها [٤٣]:

- النية غير الخالصة أو العمل «بنصف قلب» لترجمة التشريعات أو التعليمات المتعلقة بسياسة اللامركزية لتصبح أمراً واقعاً ومجدياً.
- ادعاء السلطات المركزية المتعلق بعدم قدرة المستويات الدنيا على تحمل المسئوليات الجديدة المنقولة إليها ضمن عملية التحول إلى اللامركزية.
- عدم وجود تخطيط إستراتيجي سليم يتضمن تنفيذ السياسات المرتبطة باللامركزية.
- نقص الموارد اللازمة لتنفيذ البرامج الداعمة للامركزية.
- التوافق غير السليم بين السلطة والمسئولية اللازمة لإدارة الخدمات والمرافق الصحية عندما توجد أوضاع لا تدعم فيها الموارد المالية والبشرية المسئوليات الجديدة المنقولة للمستوى الأدنى.
- الاعتماد الزائد من جهة المرافق الصحية الأدنى في المستوى الإداري على المستوى المركزي حتى في حالة تمكينها بالسلطة اللازمة لإدارة المرافق المحلية.
- عدم وضوح الأدوار الجديدة التي تفرضها اللامركزية بالنسبة للمستوى المركزي والمنطقة والمحليات، بمعنى تعدد الأدوار في كل المستويات الإدارية المختلفة.
- عدم وجود الاستقرار السياسي مما يؤدي إلى عدم استمرارية السياسات ومنها اللامركزية.
- ضعف تنظيم وإدارة القطاع الصحي الأهلي والمنظمات الصحية غير الحكومية.
- المشاركة غير الفعالة للمراكز البحثية في المستوى المحلي عن طريق إجراء البحوث المهنية لمتابعة وتطوير ممارسات اللامركزية بالقطاع الصحي، إما لضعفها أو لعدم توافرها من الأساس.

والجـــدول التالي يلخـــص أهم مزايا اللامركزية، والعوامـــل التي تؤدي لتحقيق كل منها، والمعوقات التي تعترض سبيل تحقيقها:

جدول رقم (٤)

أهم مزايا اللامركزية وكيفية تحقيقها وتجنب المعوقات التي تعترض تحقيقها

المزايا	كيفية تحقيقها	كيفية تجنب معوقات التطبيق
تحسين الكفاءة التقنية	– من خـــلال تقليل المستويات البيروقراطية وزيادة الإحساس بالتكلفة على المستوى المحلي. – مـــن خلال الفصل بين وظائف مشـــتري الخدمـــة ومقدمـــي الخدمة ضمن علاقات ســـوق الخدمات الصحية.	– الاحتيـــاج لبعـــض التغييرات الفكريـــة والمفاهيم والظروف التـــي تســـاعد علـــى نجـــاح التطبيق. – تحفيز مديري المرافق الصحية مادياً ومعنوياً. – تقليل سلبيات نتائج العلاقات السوقية بين مقدمي ومشتري الخدمة الصحية.
زيـــادة كفـــاءة تخصيص الموارد	– عن طريـــق أفضل مواءمة بين الخدمـــات المقدمة والمعطيات الصحية. – مـــن خلال العمـــل على تقديم الخدمـــات التـــي تحســـن اســـتجابات وردود أفعـــال المنتفعين من الخدمة.	– تجنـــب عـــدم المســـاواة بـــين الوحدات الإدارية. – تقليل النزاع والتوتر بين المستوى المركزي وبين الوحدات المحلية، وأيضـــاً الخلاف بين الوحدات المحلية نفسها.
تمكين المستويات المحلية	– مـــن خـــلال زيـــادة المشـــاركة الإيجابية. – مـــن خـــلال تحســـين وتطوير القدرات المحلية.	– توضيـــح مفهـــوم المشـــاركة المجتمعية. – الاختيار السليم لشكل المشاركة والمستوى الإداري الملائم.
زيادة القـــدرة الابتكارية لتقديم الخدمة الصحية	– عن طريـــق التجريب والمواءمة للظروف المحلية. – بواسطة زيادة الإدارة والقدرة الذاتيـــة للســـلطات والمرافق الصحية المحلية.	– العمل على تجنب حدوث عدم المســـاواة في تخصيص الموارد وتقديم الخدمات الصحية.

زيادة القدرة على المحاسبة	- من خلال نقل الدور المحاسبي للحكومة المركزية إلى المحليات بالمشاركة المجتمعية الحقيقية.	- توضيح وتفعيل مفهوم المشاركة المجتمعية. - المحاسبية يجب أن تكون معروفة ومحددة بدقة عن من سيحاسب من؟، وعن ماذا؟.
تحسين جودة الخدمات الصحية	- عن طريق تكامل الخدمات الصحية وتحسين نظم المعلومات. - من خلال تحسين القدرة على الوصول للخدمة للفئات الأكثر تعرضاً لخطر الإصابة بالأمراض والوفيات.	- العمل على تطوير وتحسين العلاقة والارتباط بين القطاعات المختلفة المتعلق عملها بالصحة. - إظهار أهمية وتطبيق نظم معلومات مناسبة.
تحسين المساواة	- من خلال تخصيص الموارد وفقاً للاحتياجات. - من خلال تمكين المرافق الصحية المحلية لمواجهة الاحتياجات الخاصة بفئات المجتمع المختلفة. - عن طريق توزيع الموارد باتجاه المناطق والفئات المهمشة.	- تجنب إضعاف الإدارة والقدرات الذاتية. - الوعي بأن اللامركزية قد تحسن بعض المعايير التي يقاس بها المساواة وفي الوقت نفسه قد تضر بمعايير أخرى.

المصدر بتصرف: Saltman, Richard B. et al., Decentralization in Health Care, 2007, P. 16.

مفهوم المركز الإداري الصحي Health District:

(المنطقة الصحية المتكاملة):

نظراً إلى الارتباط الكبير والوثيق بين الصحة والتنمية؛ توجد ضرورة لفهم وتفعيل والتنسيق بين جميع العوامل الاقتصادية والبيئية والاجتماعية المتعلقة بالصحة والتنمية، من واقع أن الصحة والتنمية متعلقتان في الأساس بالإنسان. ومع زيادة تحضر المجتمعات والتغيرات التي تحدث في العالم اليوم، يطلب ويتوقع الناس دائماً

المزيــد مــن الخدمات الصحية والنظم التي تقدمها. ولذلك توجد مســاندة شــعبية متزايدة لتحسين المساواة والعدالة في تقديم الخدمات الصحية، والتخلي عن الطبيعة الســائدة عن الفوارق الاجتماعية في مجال الحصــول على الخدمات الصحية والتي تفرز مجموعة من المهمشــين الفقراء الذين لا يتحملون تكاليف هذه الخدمات. فقد تبين أن النظم الصحية الحالية في معظم دول العالم تتطور في اتجاهات لا تسهم إلا قليلاً في تحقيق الإنصاف والعدالة بالنســبة لتقــديم الخدمات الصحية، وتخفق في تحقيــق المخرجات المطلوبة منها في مقابل ما ينفق عليها من أموال وما يتوافر لها من موارد بشــرية. وهناك ثلاثة اتجاهات تثير القلق بوجه خاص لدى المهتمين بالصحة والتي يمكن تحديدها فيما يلي [٤٤]:

- النظــم الصحية التي تركز على بشــكل غير متناســب على عــرض ضيق للرعاية العلاجية التخصصية.
- النظــم الصحية التي يتبع فيها نهج القيادة والتحكم في مكافحة الأمراض (البرامج الصحية الرأســية) مع التركيز على النتائج القصيرة الأمد، وهو نهج يجزئ الخدمة الصحية.
- النظم الصحية التي يتبع فيها نهج رفع الأيدي أو عدم التدخل، مما أدى إلى ازدهار إضفاء الطابع التجاري غير المنظم على تقديم الخدمات الصحية.

وتعد هــذه الاتجاهات خروجاً صارخاً عن العمل للوقــوف بقوة لتوجيه الخدمات الصحية تجاه الاســتجابة الشاملة والمتوازنة للاحتياجات الصحية. ويمكن النظر إلى هذا الشــأن من خلال التعرض لعيوب الخدمات الصحية أو الرعاية الصحية التي لا نريدهــا، والتي قد تنتج نتيجة للاتجاهات الســابقة. فقد تصبح الخدمات الصحية عكســية، ومجزأة، ومفقــرة، وغير مأمونة، وموجهة بطريقة ســيئة. ويمكن التعرض باختصار لكل من هذه العيوب كما يلي:

- الرعايــة الصحية العكســية: وهي الرعاية الصحية التي تقــدم في أي دولة والتي يستفيد منها ويستهلك الجزء الأكبر منها الأغنياء – الذين تكون احتياجاتهم للرعاية الصحية في الغالب أقل – أكثر مما يستفيد منها الفقراء، وبالتالي يستفيد الأغنياء من الإنفاق العام على الخدمات الصحية أكثر من غيرهم [٤٥]، [٤٦].
- الرعاية الصحية المفقرة: يوجد أكثر من ١٠٠ مليون شخص في العالم يسقطون سنوياً في براثن الفقر لأنهم يضطرون لدفع تكاليف الرعاية الصحية من جيوبهم [٤٧]، حيث

يفتقــر الناس في هذا النوع من الرعاية الصحيــة المقدمة لهم للحماية الاجتماعية التي تحميهم من دفع تكاليف علاجهم مباشرة عند الحصول عليها بالمرفق الصحي وإلا فلن يتمكنوا من الحصول على العلاج.

- الرعايــة الصحية المجزأة: هي الرعاية الصحيــة التي تعتمد على زيادة التخصص لدى مقدمي الخدمة وتعدده، مع التركيز الضيق في مكافحة الأمراض بدلاً من اتباع نهج شــامل مع الأفراد والأســر، وعدم إعطاء الاعتبار الواجب للحاجة إلى الرعاية المستمرة. ويزداد تجزؤ الخدمات الصحية للفقراء والمهمشين نظراً للنقص الشديد فــي الموارد، بالإضافــة إلى الأغراض الأخرى للمســاعدات الإنمائية التي تزيد من تجزئة الخدمات الصحية [٤٨]، [٤٩]، [٥٠].
- الرعايــة الصحية غيــر المأمونة: وهي الرعاية الصحية الناتجة عن ســوء تصميم النظم الصحية وعجزها عن ضمان معايير الســلامة والأمان، والتي تؤدي إلى زيادة معدلات العدوى المكتسبة من المستشــفيات، إلى جانب الأخطاء المهنية، وكلها يمكن تجنبها [٥١].
- ســوء توجيه الرعاية: اتجاه توزيع الموارد للخدمــات العلاجية ذات التكلفة العالية (بدلاً من الرعاية الصحية الأولية)، وإهمال إمكانيات الوقاية الأولية وتعزيز الصحة التي يمكن أن تمنع ما يصل إلى ٧٠ ٪ من عبء الأمراض. وفي الوقت نفسه يفتقر قطــاع الصحة للخبرة اللازمــة القادرة على التخفيف الآثار الســلبية على الصحة من قطاعات أخرى، والاســتفادة مما يمكن أن تســهم به هذه القطاعات في تعزيز الصحة [٥٢]، [٥٣].

ومــن الواضح اليوم والمطلوب من أجل الاســتجابة الفعالة للتحديات الصحية في عالــم اليوم والمتمثلة في قيم المســاواة والتضامــن والعدالة الاجتماعيــة والتطلعات المتزايدة للمواطنين لتحديث مجتمعاتهم، أن يتم تنفيذ حزمة من الإصلاحات الصحية المحددة على النحو التالي [٥٤]:

- إصلاحات التغطية الشــاملة التي تكفل إســهام النظم الصحية في تحقيق العدالة الاجتماعيــة والمســاواة في الحصول علــى الخدمات الصحية وإنهــاء إقصاء غير القادرين مادياً من التمتع بهذه الخدمات، وذلك عن طريق الســير في اتجاه الإتاحة الشاملة والحماية الصحية الاجتماعية. والتفاوت في مجال الصحة ينتج من اختلاف التغطيــة بالخدمات الصحيــة والوصول إليها (بين الريف والحضــر مثلاً)، وجودة هذه الخدمات (بين المرافق الصحية الخاصة والحكومية مثلاً)، والعبء المالي الذي

تفرضه على الناس، وربما أيضاً عن طريق الحواجز اللغوية والثقافية والجنسية التي توجد غالباً في طريقة ونمط الطب الإكلينيكي «السريري» [٥٥]. ويجب ملاحظة أنه قد يحدث ما يسمى «بثغرة عرض الخدمات» حيث تتوافر الخدمات الصحية نتيجة لإضفاء الطابع التجاري عليها والرغبة في الربح، ولكنها ليست الخدمات الصحية المطلوبة، ولذا تهدف إصلاحات التغطية الشاملة لسد هذه الثغرة.

- إصلاحات السياسة العامة التي تتيح للمجتمعات المحلية مستوىً صحياً أفضل وذلك بدمج أنشطة الصحة العمومية مع الرعاية الصحية الأولية في جميع القطاعات.
- إصلاحات تقديم الخدمات التي تعيد تنظيم الخدمات الصحية بجعلها انعكاساً لاحتياجات فعلية للسكان والمجتمعات، وأنسب اجتماعياً، وأكثر استجابة للعالم المتغير الحالي. وإصلاحات تقديم الخدمات تهدف إلى جعل النظم الصحية تركز على الناس عن طريق تحويل تقديم الرعاية الصحية التقليدية إلى تقديم رعاية صحية أولية تعظم إسهام الخدمة الصحية (النظم الصحية المحلية وشبكات الرعاية الصحية والمناطق الصحية) لأقصى قدر ممكن في تحقيق الأهداف الصحية والعدالة مع الاستجابة للتوقعات المتنامية، وجعل الناس في صلب الرعاية الصحية، والمواءمة بين العقل والجسد والنظم والناس [٥٦].
- إصلاحات القيادة التي يكون هدفها التخلي عن الاعتماد المفرط على القيادة والتحكم من جانب واحد وهو الدولة، والاستعاضة عنها بالقيادة الشاملة المعتمدة على المشاركة والتفاوض كسمة أساسية تقتضيها تعقد النظم الصحية المعاصرة.

ويعد تشجيع وتطبيق مفهوم اللامركزية في مجال تقديم الخدمات الصحية بالعديد من دول العالم في الوقت الحالي إحدى الإستراتيجيات الهادفة للإصلاح الصحي بوجه عام وبهدف تحسين أداء ومخرجات النظم الصحية. ويحظى مفهوم ونظام «المنطقة الصحية» أو «المركز الصحي الإداري» باهتمام كبير في البلدان التي تسعى للتركيز على تقوية مبدأ اللامركزية لتعزيز الرعاية الصحية المتكاملة، ومشاركة المجتمع، وتقوية الرعاية الصحية التي تقدم خارج المرافق الصحية، وتحقيق العدل والمساواة والإنصاف في تقديم الخدمات الصحية. ويعتمد نظام المركز الصحي الإداري على تطبيق مفهوم الرعاية الصحية الأولية داخل منطقة ذات خصوصية محددة ومعتمدة من النظام الصحي للدولة. ويقوم هذا المركز الصحي الإداري بمهمة تقديم الخدمة الصحية لعدد معين ومحدد من السكان يقطنون منطقة معينة محددة جغرافياً وإدارياً بغض النظر عن كونها منطقة حضرية أو ريفية (ويتطلب ذلك حدوداً جغرافية معينة يسكنها

ما بين ٥٠٠٠٠ إلى ٥٠٠٠٠٠ نسـمة مع وجود مدينة مرجعية بهذه المنطقة الجغرافية كمركز للاتصالات والأعمال والإشـراف والمتابعـة والدعم الإداري والفني، إلى جانب توافر مستشفى يقدم الخدمات الصحية التخصصية لخدمة وحدات الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة).

ويتكـون المركز الصحي الإداري في مضمونه من عدة عناصر متشـابكة ومتداخلة قوامها عدد من المؤسسات الصحية الحكومية والأهلية والأفراد الذين يقدمون خدمات صحية لأهالي المنطقة، سواء كان ذلك داخل منشآت صحية أو بالمنازل أو المدارس أو أماكن العمل أو التجمعات السكانية.

وتبـرز أهمية مفهوم المنطقة الطبية أو المركز الصحـي الإداري من خلال فهم أن هـذه العناصر التي تقدم الخدمة الصحية تحتاج إلى تنظيم وإدارة جهودها من خلال تنظيم معين ومدير مسئول لتجميع كل هذه العناصر في منظومة واحدة هدفها تقديم خدمات صحية شـاملة وقائية وعلاجية وتأهيلية تسهم في الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين. ولذلـك يمكن تعريف المنطقة عامة بأنها «تعني مكاناً محدداً من الناحية الإدارية يعيش فيه عدد معين من السـكان، ويكون في هذا المكان مستشـفى مركزي (عام) لإمكانية الإحالة، وتكون المنطقة تحت إدارة شـخص يستمد سلطته من القطاع الحكومي الرئيسي» [٥٧].

والأسس العامة التي يقوم عليها هذا المفهوم تعتمد في الأساس على وثيقة منظمة الصحـة العالمية لمؤتمر «آلما آتا» والـذي حدد هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ هدفاً تسعى لتحقيقه جميع دول العالم. وتشتمل هذه الأسس على التالي:

- العدالة في توزيع الخدمات.
- التعاون بين القطاعات المعنية بالصحة.
- مشاركة المجتمع.
- اللامركزية في تقديم الخدمات الصحية.
- تحسين المستوى الصحي والوقاية من الإصابة بالأمراض.
- تلاحم الخدمات الصحية أفقياً.
- التنسيق والتداخل بين الخدمات الصحية المنفصلة.

ومن تناول الأسس العامة السابقة والتعمق في فهمها؛ يمكن إدراك أنه توجد بعض المهام الأساسية للمنطقة الصحية فيما يتعلق بالتخطيط والتنظيم والإدارة، والتمويل وتوزيع الموارد، والتفاعل بين القطاعات، ومشاركة المجتمع، وتنمية الموارد البشرية. وبناءً على ذلك يمكن إيجاز المهام الملقاة على عاتق المنطقة الطبية فيما يلي:

- تنفيذ البرامج الصحية المتعلقة بالمجتمع.
- التنظيم والتنسيق والإشراف على كافة الخدمات الصحية بالمنطقة، سواء كانت حكومية أو غير حكومية.
- تحفيز وتفعيل العلاقة الإيجابية بين القطاعات المختلفة المتعلقة بالصحة (التعليم، الإعلام، الشباب والرياضة، الزراعة، الري، الشئون الدينية، ... إلخ).
- تشجيع مشاركة المجتمع في وضع الخطط الصحية للمنطقة وتنفيذ البرامج الصحية.
- إدارة جميع وحدات الرعاية الصحية الأولية الحكومية، وتنظيم وتشغيل المستشفى المركزي، ومراقبة ميزانياتها.
- وضع الخطة السنوية للمنطقة.
- تدريب العاملين بمجال الصحة أثناء تأدية الخدمة.
- تجميع المعلومات الصحية وتحليلها ورفعها إلى مديري الشئون الصحية ثم وزارة الصحة.

ومن المفترض أن يعتمد النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية على التجاوب بطريقة إيجابية مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، حيث تظهر من آن لآخر متطلبات جديدة للمستفيدين من الخدمات الصحية، كما أن التغيرات السياسية الحكومية وانعكاساتها على تركيبة الخدمات الصحية يؤثران على مدى الطلب على هذه الخدمات. ومفهوم الخدمة الصحية لمثل هذا النظام الصحي لا يقتصر فقط على العلاقة بين الطبيب والمريض، بل يمتد أيضاً ليشمل العلاقة بين ممارسي المهن الطبية المختلفة كأعضاء هيئة التمريض والفنيين والإداريين، الذين يجب أن يشاركوا في وضع الأهداف والخطط وتنفيذها. ويشمل هذا المفهوم أيضاً طرفاً مهماً وفاعلاً هو السلطات الصحية، ولذلك يجب اتباع سياسات وإستراتيجيات تسهم في تحقيق:

- عدالة تقديم الخدمات الصحية (أن يصبح لكل فرد نصيب في الحصول على الخدمة الصحية).
- زيادة في الفاعلية والكفاءة (الحصول على أكبر قيمة صحية مقابل ما ينفق من أموال وما يستخدم من موارد).
- استمرارية الرعاية الصحية (وخاصة الاهتمام بالمشاكل الصحية المجتمعية ذات الطابع المزمن).
- زيادة الكفاءة الفنية (وعلى الأخص التدريب المناسب للقوى العاملة وجودة الخدمة وتقليل الأخطاء المهنية).
- القياس المستمر لفاعلية مشاركة المجتمع والتعاون بين القطاعات المتعلقة بالصحة).

ويظهر بوضوح من خلال التعرض للنقاط السابقة أنه لكي ينجح مفهوم المنطقة الطبية المتكاملة لابد من توافر دعامتين أساسيتين هما:

- الدعم المركزي: وهذا يساعد على جعل تنفيذ الخطط الموضوعة أكثر سهولة ومرونة.
- اللامركزية: وهذا المبدأ يساعد على اتخاذ القرارات المناسبة، وتوزيع الموارد المالية بطريقة أكثر عدالة وموضوعية، ووضع أدلة العمل المحتوية على أسلوب حل المشاكل والتوصيف الوظيفي، وتشجيع تنفيذ الخطط الإستراتيجية، وجعل العلاقة بين مختلف البرامج والقطاعات أكثر فاعلية وكفاءة، وتنمية الموارد البشرية والمالية من خلال المشاركة الحقيقية للمجتمع.

جهود لامركزية الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية:

بالنسبة لوضع لامركزية الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية يمكن القول إن النظام الصحي السعودي يملك المقومات الكفيلة بتحقيق فاعلية وكفاءة تطبيق لامركزية الخدمات الصحية من الناحية النظرية وذلك فيما يتعلق بالنواحي التشريعية والموارد البشرية والمالية والتجهيزات، إلا أن الواقع يعكس عدم نجاح النظام الصحي السعودي في تحقيق ذلك [٥٨]. وتنبع مشكلة النظام الصحي السعودي في هذا الصدد من عدم الالتزام بتطبيق الأنظمة الإدارية واللوائح السائدة في المرافق الصحية من قبل المرافق الصحية الحكومية (مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات)، كما أقر

بذلك التقييم السنوي لمجلس الشورى السعودي [٥٩]. فقد أقر مجلس الشورى النظام الصحي للمملكة في عام ١٤٢٣هـ/١٤٢٣م [٦٠] بهدف ضمان توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة لجميع السكان بطريقة عادلة وميسرة ومأمونة، وجاء في المواد التي اشتمل عليها النظام قواعد ممارسة نشاط تقديم الخدمات والاختصاصات التي تم منحها للمرافق الصحية الحكومية، واللوائح التي لها الحق في إقرارها وتطويرها، ومسئوليات ونوعيات المرافق الصحية، ومستوى ونوع الخدمة الصحية التي توفرها، والعلاقة بين المرافق الصحية، وتحديد الجهة التنظيمية لها.

ويتمتع النظام الصحي السعودي بمرونة كبيرة في العملية التنظيمية تسهل الإجراءات المتبعة وتتيح استمرار عملية التطوير والتغيير. ويتمثل ذلك في الصلاحيات الممنوحة لإقرار اللوائح التنفيذية التي تتطلبها عملية تقديم الخدمات الصحية إما عن طريق وزارة الصحة مباشرة أو عن طريق رفعها إلى مجلس الشورى باقتراح تعديل بعض بنود النظام الصحي، وذلك بسبب إدراك المشرع للتغيير المستمر الذي تتطلبه عملية تقديم الخدمات الصحية أولاً، وقدرة الجهات التنفيذية على وضع اللوائح المناسبة نظراً لمعايشتها اليومية لاحتياجات هذه الخدمات والحاجة المستمرة إلى تطوير هذه اللوائح ثانياً. كما أجاز النظام منح الصلاحيات لوزارة الصحة لتحديد العلاقة بينها وبين فروعها سواء كان ذلك بأسلوب مركزي أو لامركزي، وذلك من خلال منح مديريات الشئون الصحية صلاحيات واسعة في عملية تنفيذ الخدمات الصحية بصفتها ممثلة للوزارة في مناطق المملكة المختلفة. وقد تحددت مسئوليات المديريات العامة للشئون الصحية (التي تمارس نفس مهام الوزارة في مناطقها وبالتعاون والتنسيق معها) على وجه الخصوص طبقاً للمادة الثامنة من النظام الصحي فيما يلي [٦١]:

- ضمان توفير برامج الرعاية الصحية لتغطية احتياجات المنطقة.
- القيام بمسئولية إدارة وتشغيل المرافق الصحية التابعة للوزارة.
- الترخيص للمرافق الصحية الخاصة والعاملين بها طبقاً للمتطلبات والاشتراطات التي تضعها الوزارة، ومراقبة الجودة النوعية في هذه المرافق.
- إعداد الإحصاءات الصحية والحيوية وإجراء الدراسات والبحوث على مستوى المنطقة.
- وضع برامج التعليم الطبي المتواصل وتنفيذها وتدريب العاملين في المرافق الصحية في المنطقة بالتنسيق مع الوزارة والقطاعات الصحية الأخرى.

- التنسيق والتعاون مع المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة ومع المديريات الأخرى.
- تنفيذ الخطط والبرامج لنشر التوعية الصحية الشاملة على مستوى المنطقة.
- الالتزام بتنفيذ الخطط والبرامج التي تضعها الوزارة، وأن تقوم على وجه الخصوص بالمسئوليات التالية:
- وضع الخطة السنوية للمنطقة مع تحديد الأهداف والأولويات وإعداد التقارير الدورية عن الإنجازات ورفعها إلى الوزارة.
- إعداد مشروع الميزانية للمنطقة للسنة التالية موضحاً بها الاحتياجات والموارد المطلوبة وترتيب أولوياتها.
- إعداد مشروع الخطة الخمسية بالتعاون مع الإدارة المختصة بالوزارة بناءً على التقدير العلمي للاحتياجات والتحديد الواضح للأولويات والأهداف وعرض المشروع على مجلس المنطقة لإقراره.
- اختيار الكوادر القيادية الكفؤة وتدريبها، وأن يعمل كل موظف في تخصصه.
- وضع الخطة السنوية للتدريب والتعليم المستمر بحيث تكون موجهة نحو تطوير أداء العاملين والخدمة الصحية، وعنصراً في تقويم الأداء الوظيفي.
- المراجعة المستمرة لتوزيع الوظائف والقوى العاملة بين المرافق الصحية بما يضمن عدم التفاوت المجحف أو الخلل في الخدمات.
- تطبيق معايير قياس الأداء في المرافق الصحية ومحاسبة المسئولين عن هذه المرافق على ضوئها.
- التأكد من توافر أدلة سياسات وإجراءات العمل بكل مرفق صحي وتطبيقها.
- التأكد من كفاية الأدوية وسلامة تخزينها وتوزيعها وصرفها وتوافر الأجهزة اللازمة لتقديم الخدمة وصيانتها وحسن استخدامها.
- تأمين الأدوية والأجهزة الجديدة على أساس إثبات الاحتياج.
- عند ظهور ما يدل على تدني أو عدم استخدام خدمة صحية بصورة تجعل من الإبقاء عليها إهداراً للمال العام، فإنه يتعين على المديرية نقلها إلى مكان آخر يحتاج لها أو تخفيضها أو إلغائها.
- الإشراف على المرافق الصحية التابعة لها وفق تنظيم القطاعات الصحية الذي تضعه

الوزارة متلائماً مع التقسـيم الإداري للمنطقة. وعلى المديرية تفويض الصلاحيات بالقدر الذي يمكن قطاعات ومرافق المديرية الصحية من تسـيير العمل اليومي دون انقطاع أو تأخير في المعاملات.

- منـح تراخيص المؤسسـات الصحية الخاصة طبقاً للشـروط والمتطلبات التي نص عليها نظام المؤسسـات الصحية الخاصة ولائحته التنفيذية والقرارات ذات العلاقة التي تصدرها الوزارة.
- التعاقد مع ممارسـي المهنة بدوام كامل أو جزئي ولمدة لا تتجاوز شـهراً وذلك لسد خلل بين في تقديم الخدمة الصحية، وخاصة في المناطق النائية أو في التخصصات الحيويـة (مثل التوليد أو التخدير أو نحو ذلك) مع ذكر مسـوغات ذلك، وإذا دعت الحاجة إلى التعاقد مدة تزيد على الشهر لزم أخذ موافقة وكيل الوزارة المختص.
- التنسـيق مع الجهات الرسمية في الأمور المتعلقة بالصحة وذلك من خلال مشاركة المديرية في المجلس الصحي للمنطقة، وكذلك التنسيق مع الجهات الصحية الأخرى الحكومية والأهلية في الأمور التي تتعلق بتقديم الخدمات الصحية، ومن ذلك تنفيذ قرارات مجلس الخدمات الصحية.

وأنشئ طبقاً للمادة السادسة عشرة من النظام الصحي [١٢] مجلس الخدمات الصحية برئاسة وزير الصحة وعضوية ممثل عن كل من وزارة الصحة، ورئاسة الحرس الوطني، ووزارة الدفاع والطيران، ووزارة الداخلية، ومستشـفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث، والهيئة السـعودية للتخصصات الصحية، وجمعية الهلال الأحمر السعودي، ومجلـس الضمان الصحي، واثنين من عمداء الكليات الصحية، واثنين يمثلان القطاع الصحـي الخاص. ويختص المجلس بإعداد إسـتراتيجية الرعاية الصحية في المملكة تمهيداً لاعتمادها من مجلس الوزراء، ووضع التنظيم الملائم لتشغيل المستشفيات التي تديرها الوزارة والجهات الصحية الأخرى، بحيث تدار وفقاً لأسس الإدارة الاقتصادية ومعايير الأداء والجودة النوعية، ووضع وإقرار سياسـة التنسـيق والتكامل بين جميع الجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية.

ويتبين بوضوح مما سـبق أن الإطار التنظيمي للنظام الصحي يؤكد اللامركزية في العمليـات الإدارية التي يتطلبها تقديم الخدمات الصحيـة. ويتمثل ذلك في تفويض السـلطات للقيام بمسـئوليات التخطيـط والتنظيم والإدارة للخدمـات الصحية، مع اعتماد ميزانية مسـتقلة لكل مديرية عامة في كل منطقـة من مناطق المملكة الثلاث عشرة [١٣] وفقاً لاحتياجات المنطقة وعدد المرافق الصحية فيها وعدد سكانها. وإعطاء

كل مديرية الصلاحيات الإدارية والمالية الواسعة من حيث تعيين العمالة اللازمة لأداء الخدمة، وترقياتهم، وإبرام عقود العمالة الوافدة والصيانة والتشغيل والبناء والتجهيز والمستلزمات الطبية والإعاشة الخاصة بالمستشفيات والمراكز الصحية التابعة لها، وبما يمكنها من القيام بالمسئوليات الملقاة علىى كاهلها بفاعلية، وذلك من خلال نقل الاختصاصات المتعلقة بالنشاط من السلطة المركزية للمنطقة والمرفق الصحي. حيث تم نقل مسئوليات وزارة الصحة التي تمثل السلطة المركزية إلى مديريات الشئون الصحية العامة بالمناطق باعتبارها ممثلة لوزارة الصحة في تلك المناطق، على أن تخضع مديريات الشئون الصحية العامة للإشراف من قبل مجلس المنطقة طبقاً لمتطلبات اللامركزية (٦٤) مع وجود مدير عام الشئون الصحية عضواً بهذا المجلس بصفته الوظيفية.

ويتمتع مجلس المنطقة بسلطة واسعة على الخدمات الصحية بالمنطقة من حيث إقرار المشروعات الصحية المستقبلية التي تحتاج إليها المنطقة، ثم رفعها إلى وزارة الصحة لاعتمادها في الميزانية العامة للوزارة. كما يقوم المجلس بدوره الرقابي على أعمال مديرية الشئون الصحية في المنطقة من خلال مناقشة التقرير السنوي للمديرية في جلساته.

وقد أسهم تطبيق لامركزية الخدمات الصحية بالمملكة في سرعة تلبية احتياجات السكان في مناطق المملكة المختلفة، وكذلك سرعة استجابة المرافق الصحية للحاجة الطارئة للخدمات الصحية عن طريق الحرية الممنوحة للمديريات العامة للشئون الصحية للتصرف في الموارد المتاحة في المنطقة، من مبدأ كون الإدارات اللامركزية أكثر دراية بالاحتياجات والمتطلبات المحلية. كما أن اللامركزية المطبقة في مجال تقديم الخدمات الصحية ساعدت على تخفيف العبء عن وزارة الصحة، واختصرت الوقت والمجهود والتعقيد الإداري في اتخاذ القرارات اللازمة للارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة بهدف تحقيق الهدف الأسمى ألا وهو تحسين الحالة الصحية للمواطنين بالمملكة.

إلا أن ما يقلل من مزايا هذا الأسلوب الإداري لتقديم الخدمات الصحية هو عدم وجود الكفاءات الإدارية المطلوبة لتطبيق هذا الأسلوب بكفاءة وفاعلية، إلى جانب النزعة التقليدية الموروثة والمتمثلة في تعيين الأطباء لإدارة المرافق الصحية الحكومية وخاصة المستشفيات، والذي أدى إلى تسرب القيادات الإدارية الصحية للعمل لصالح قطاعات إدارية أخرى. إلى جانب أنه بالرجوع إلى الهيكل التنظيمي

لوزارة الصحة (شكل رقم ٢٤) نجد أن هذا الهيكل يعكس تطبيق اللامركزية في إدارة المرافق الصحية من قبل الدولة ممثلة في وزارة الصحة، حيث يمكن اعتبار مدير عام الشئون الصحية وزيراً للصحة في المنطقة، إلا أن هذا المفهوم يتوقف عند المديريات الصحية ليصبح الإشراف الإداري مركزياً بصورة كبيرة على المرافق الصحية مما حد من قدراتها كثيراً [٦٥]. هذا إلى جانب عيوب النظام الصحي نفسه والإستراتيجيات المتبعة لإصلاحه والتي تؤثر على تطبيق لامركزية الخدمات الصحية. ومن أهم ما يمكن ذكره في هذا الصدد مسائل مهمة مثل الإنفاق على المرافق الصحية بدلاً من التركيز على الصرف على المريض، وعدم الفصل بين مقدم الخدمة وممولها والجهات المشرفة عليها، وضرورة التركيز بحق وبفاعلية على تطوير مراكز الرعاية الصحية الأولية الأقل تكلفة بدلاً من التركيز على تطوير المستشفيات، واتضاح عدم قدرة مجلس الخدمات الصحية على معالجة قضية ازدواجية الخدمة تقديم الخدمات الصحية من المرافق الصحية الحكومية، وعدم وجود نظام معلومات صحية يعتمد عليه في تقديم الخدمات الصحية وفقاً للحاجة الفعلية لها.

مما سبق يمكن القول إن تطوير الخدمات الصحية يتم من خلال تطوير الجوانب التنظيمية فيها وليس في زيادة الإنفاق الصحي عليها، فإعادة توجيه الخدمات الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية، والاهتمام بالرعاية الشاملة والرعاية للجميع، وتصحيح التشوهات الشائعة في طريقة أداء النظم الصحية، وتزايد إشراك المجتمع في مجال الصحة من خلال نظام لامركزي على سبيل المثال يسهم بالكثير في تحسين صحة المجتمعات المحلية، ويحقق ما هو منتظر من النظم الصحية.

مراجع الفصل الثامن:

١- الخلايلة، محمد علي، الإدارة المحلية: وتطبيقاتها في كل من الأردن وبريطانيا وفرنسا ومصر (دراسة تحليلية مقارنة)، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان، ٢٠٠٩م، الصفحات ٢٤-٢٥.

2- WHO, Formulation Strategies for Health for All by the year 2000: Principles and Essential Issues, Geneva, World Health Organization, «Health for All «Series No. 2, 1979.

3- Saltman, Richard B. and Bankauskaite, V., Conceptualizing Decentralization in European Health Systems: A Functional Perspective, Health Economics, Policy and Law, 1 (2): 1247 (2006).

٤- آل علي، رضا صاحب أبو حمد والموسوي، سنان كاظم: الإدارة: لمحات معاصرة، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، ٢٠٠٦م، صفحة ٤٠٩.

5- Saltman, Richard B. & Bankauskaite, Vaida and Vrangbaek, Karsten, Decentralization in Health Care, European Observatory on Health Systems and Policies Series, McGraw Hill Copanies, Open University Press, 2007. P.1.

6- Smith, B. C., Decentralization: The Territorial Dimension of the State, London, George Allen and Unwin, 1985.

7- Rondinelli, D. A., et al, Decentralization in Developing Countries, Staff Working Paper 581. Washington, DC,World BanK, 1983.

8- Collins, C. and Green, A., Decentralization and Primary Health Care: Some Negative Implications in Developing Counteries, International Journal of Health Services, 24: 459-475 (1994).

9- Rondinelli, D. A., Government Decentralization in Comparative Theory and Practice in Developing Countries, International Review of Administrative Sciences, 47 (2): 133-145 (1981).

10-Pokharel, Bhojari, Decentralization of Health Services, Assigment Report: 20 August – 17 October 2000, WHO Project: ICP OSD 001, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.

11-Wasem, J., A Study on Decentralizing from Acute Care to Home Care Settings in Germany. Health Policy, 41 (suppl.): 109-129 (1979).

12-Mahgoub, Amr, Regional Advisor- WHO/EMRO, Decentralization of Health Services, Capacity Building Workshop on Health Systems Alexandria, Egypt.

13-Mintzberg, H., The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Researc, Prentic-Hall.1979. in Saltman, et al., Decentralization in Health Care, 2007. P. 11.

14-Rondinelli, D. A., et al, op cit., Decentralization in Developing Countries, 1983.

15-Bennch, G., Decentralization and Rural Development in Ghana, African Administrative Studies, 17, July: 45-52 (1977).

16-Collins, C. D., Decentralization and the Need for Political and Critical Analysis, Health Policy and Planning, 4: 168-169 (1989).

17-Smith, B. C., The Measurement of Decentralization, International Review of Administrative Sciences, 45 (3): 214-222 (1979).

18-Gali, Y. P., Decentralization in the Pacific, Asica and Pacific Review, PP. 62-67 (1982).

19-World Bank, Financing Health Services in Developing Counteries, Policy and Rescach Divison, Population, Health and Nutrition Department, Washington, DC, 1986.

20-Sherwood, F. P., Devolution as a Problem of Organization Strategy, in Dalan, R. T., ed., Comparative Urban Research, Beverly Hills, CA, Sage, 1969.

21-Collins, C. and Green, A., Decentralization and Primary Health Care, op. cit., (1994).

22-Mills, Anne & Vaughan, J. Patrick & Smith, Duane, L. and Tabibzadeh, Iraj, Health system Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience, World Health Organization, Geneva, 1990. PP. 27-38.

23-Blau, Peter M. and Schoenherr, Richard A., The Structure of Organizations, New York, Basic Books, 1971. P. 130.

24-Vaughan, P., et al., The Importance of Decentralized Management, World Health Forum, 5: 27-29 (1985).

٢٥-نعيرات، مجدولين عبد الله، التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين، دراسة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، ٢٠٠٦م.

26-Ministry of Health, Sri Lanka, White Paper on the Reorganization of the Ministry of Health, Colombo, 1980.

27-Koff, S. Z., Regionalization and Hospital Reform in Italy, Journal of Public Health Policy, 3 (2): 205-225 (1982).

28-Gosslin, R., Decenteralization/Regionalization in Health Care: the Quebec Experience, Health Care Management Review, 9 (1): 7-25 (1984).

29-Bevan, G. et al., Health Care Priorities and Management, London, Croom Helm, 1980.

30-Browne, B. E., Rational planning and Responsiveness: The Case of the HSAs, Public Administration Review, 41 (4): 437-444 (1981).

31-Leonard, D. K. and Marshall, D. R., Institution of Rural Development for The Poor, Berkeley, Institute of International Studies, University of California, 1982.

32-Department of Health and Social Security, Sharing Resources for Health Care in England, Her Majesty's Stationery Office, 1976.

33-World Health Organization, Management of Decentralization of Health Care, Report and Documentation of the Technical Discussions (Held in conjunction with the 39th meeting of CCPDM, Jakarta, 5-7 September 2002. P .22.

34-World Health Organization, Management of Decentralization of Health Care, 2002. op. cit., P. 15-16.

٣٥-نعيرات، مجدولين عبد الله، التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين، ٢٠٠٦م. مرجع سبق ذكره، صفحة ٦٢.

36-Bergman, S. E., Sweedish Modles of Health Care Reform: A Review of and Assessment, International Journal of Health Planning and Management, 153: 403-442 (1998).

37-Jommi, C. and Fattore, G., Regionalization and Drug Cost-sharing in the Italian NHS, Euro Observer, 5: 14 (2003).

38-Arrowsmith, J. and Sisson, K., Decentralization in the Public Sector: The Case of the UK National Health Service, Relation Industrielles, 57:2 (Available at: http:// www.erudit.org./revue/ri/2002/v57/n2/006784ar.html, accessed 18 February 2010)

39-Jervis, P. and Plowden, W., The Impact of Political Devolutin on the UK's Health Services: Final Report of a Project to Monitor the Impact of Devolution on the UK's Health Services 1999-2002, London, The Nuffield Trust, (2003).

40-21- Collins, C. and Green, A., Decentralization and Primary Health Care, op. cit., (1994).

41-Koivusalo, M., Decentralization and Equity of Health Care Provision in Finland, British Medical Journal, 1 may 1999 318: 1198-1200.

٤٢-نعيرات، مجدولين عبد الله، التوجه نحو تطبيق اللامركزية الإدارية في مستشفى جنين، ٢٠٠٦م، مرجع سبق ذكره، صفحة ٦٣.

43-Pokharel, Bhojari, Decentralization of Health Services, 2000, op. cit., PP. 6-7.

٤٤-منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى، التقرير الخاص بالصحة في العالم، المقدمة ونبذة عامة، جنيف، ٢٠٠٨م، الصفحات ٧-٨.

45-Hart, T., the Inverse Care Law, Lancet, 1971.1: 405- 412.

46-World Development Report, Making Services Work for Poor People, Washington DC, The World Bank, 2003.

47-Xu, K. et al, Protecting Households from Catastrophic Health Expenditure, Health Affairs, 2007. 6: 972-983.

48-Starfield, B., Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective, Health Policy, 2002. 90: 201-218.

49-Moore, G. and Showstek, J., Primary Care Medicine in Crisis: Towards Reconstruction and Renewal, Annals of Internal Medicine, 2003. 138: 244-247.

50-Shiffman, J., Has Donor Prioritization of HIV/AIDS Displaced Aid for Other Health Issues? Health Policy and Planning, 2008. 23: 95-100.

51-Kohn, L. T. & Corrigan, J. M., and Donaldson, M. S., To Error is Human: Building a Safer Health System, Committee on Quality of in America, Institute of Medicine, Washington DC, 1999.

52-Fries, J. F. et al, Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services, New England Journal of Medicine, 1993, 329: 321-325.

53-Sindall, C., Intersectoral Collaboration: The Best of Times, The Worst of Times, Health Promotion International, 1997, 12 (1): 5-6.

٥٤-منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى، ٢٠٠٨م، مرجع سبق ذكره، صفحة ١٠.

55-Dans, A. et al, Assessing Equity in Clinical Practice Guidelines, Journal of Clinical Epidemiology , 2007, 60: 540-546.

56-WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific: People at the Center of Health Care: Harmonizing Mind and Body, People and Systems, Geneva, World Health Organization, 2007.

57- Ministry of Health, Report on Study of Factors That Influence District Health Directors Managerial Performance, Final Report, MOH Arab Republic of Egypt, General Department of Maternal and Child Health Services, Cairo, 1997.

٥٨- الحربي، عبد الله بن زين، معوقات الإدارية للنظام الصحي السعودي، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه في القانون العام، الجمهورية التونسية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والتكنولوجيا، جامعة تونس المنار، كلية القانون والعلوم السياسية، السنة الجامعية ٢٠٠٨/٢٠٠٩م. الصفحة ٣.

٥٩- مجلس الشورى، التقرير السنوي للخدمات الصحية لعام ٢٠٠٧م، الأمانة العامة للمجلس، ٢٠٠٨م. الصفحة ١.

٦٠- معهد الإدارة العامة، النظام الصحي (الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/١١ في ٢٣/٣/٢٣ ١٤٢٣هـ)، الأنظمة السعودية، الأمانة العامة بمجلس الوزراء، المجلد السادس، المملكة العربية السعودية، الرياض. الصفحات ٨٨-٨٩.

٦١- معهد الإدارة العامة، النظام الصحي، المرجع السابق. صفحة ٩٢.

٦٢- معهد الإدارة العامة، النظام الصحي، المرجع السابق. صفحة ٩٤.

٦٣- عساف، عبد المعطي، التنظيم الإداري في المملكة العربية السعودية، دار العلوم، المملكة العربية السعودية، الرياض، ١٩٨٦م. صفحة ٦٦.

٦٤- خليل، عادل عبد الرحمن، القانون الإداري السعودي، مكتبة مصباح، المملكة العربية السعودية، جدة، ١٩٩٢م. صفحة ١٢٧.

٦٥- الحربي، عبد الله بن زين، المعوقات الإدارية للنظام الصحي السعودي، مرجع سبق ذكره، ٢٠٠٨/٢٠٠٩م. الصفحة ٢٢.

الفصل التاسع
التغيير التنظيمي في المنظمات الصحية

تمهيد:

التغيير حركة وعملية مستمرة تحدث بطريقة طبيعية في كل زمان ومكان وموقف؛ لكونها سمة من سمات الحياة، فالناس لا تتغير حياتهم حتى يغيروا أنفسهم، ثم يغيرون ما حولهم. والمنظمات شأن من شئون الحياة تتأثر بالتحولات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تعمل فيها ومن خلالها، ولذلك توجد فكرة عامة لدى مفكري التنظير الإداري تؤكد أنه بمجرد أن توجد المنظمات فإن ذلك يعد إيذاناً بحدوث التغيير. فالمنظمات تتغير باستمرار إما نتيجة لظروف خارجية تمثل المحيط الواسع الذي يشمل البيئة التي توجد بها المنظمة وذلك بغرض استمرار المنظمة في وضعها الحالي، أو لظروف داخلية يرغب فيها المديرون والعاملون ليس فقط من أجل بقاء المنظمات بل أيضاً من أجل نموها. والقضية الأساسية في العملية الإدارية تتحدد في كيفية الاستفادة من هذه الحقيقة بجعل هذا التغيير هادفاً وواعياً ومستمراً.

والتغيير إذا كان ضرورياً في المنظمات بصفة عامة فإنه يكتسب أهمية أكبر في المنظمات الصحية من أجل ممارسة إدارة هذه المنظمات بشكل عملي وعلمي للتكيف تنظيمياً مع ما يفرضه عصرنا الحاضر من تحديات متسارعة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتكنولوجية والمهنية. وللدلالة على ما سبق يكفي القول إن الإنفاق على الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية فقط قد وصل إلى ٢,٤ تريليونات دولار (١٦٪ من الدخل القومي) عام ٢٠٠٨م، ويتوقع أن يصل إلى ٤,٣ تريليونات دولار عام ٢٠١٧م، وهو ما يقرب من ٢٠٪ من إجمالي الدخل القومي الأمريكي [١]. ولا يختلف الحال كثيراً في العديد من الدول المتقدمة فالإنفاق الصحي في سويسرا يصل إلى ١٠,٩٪، وإلى ١٠,٧٪ في ألمانيا، و٩,٧٪ في كندا، و٩,٥٪ في فرنسا وذلك بالنسبة لإجمالي الدخل القومي في هذه البلاد [٢]. والحقيقة الموجودة في الأرقام السابقة تدل على أن الظروف الحالية للخدمة الصحية هي ظروف مثالية لإحداث التغيير، وأن نظم تقديم الخدمات الصحية الحالية تواجه ضرورة اتخاذ القرار الحرج المتعلق برغبة الناس في الحصول على خدمات صحية يمكنهم تحمل تكلفتها، وتفكيرهم المستمر في تقلص قدراتهم المادية على تحمل نفقات

مـع التغيير. ولذلك يعرف التطوير التنظيمي بأنه «عملية تسـعى إلى زيادة الفعالية التنظيمية عن طريـق توحيد حاجات الأفراد للنمو والتطـور مع الأهداف التنظيمية باستخدام معارف وأساليب من العلوم السلوكية» (٥). وعادة ما تكون هذه العملية جهداً مخططـاً للتغيير يشـمل نظاماً بأكمله لفترة من الوقت، مـع ربط هذه الجهود بمهمة المنظمة (٦). ويوضح ما سبق علاقة التطوير التنظيمي بالتغيير التنظيمي، ولذلك ستتم مناقشة التغيير التنظيمي في سياق التطوير التنظيمي.

ويعرف التغيير التنظيمي طبقاً لهذا السياق على أنه «جهد شمولي مخطط يهدف إلـى تغيير وتطوير العاملين عن طريق التأثير في قيمهم ومهاراتهم وأنماط سـلوكهم، وعن طريق التكنولوجيا المستخدمة، وكذلك العمليات والهياكل التنظيمية، بغرض تطوير الموارد البشرية والاجتماعية أو تحقيق الأهداف التنظيمية أو الهدفين معاً» (٧).

وكذلك يمكن تعريف التغيير التنظيمي على أنه «تغير موجه ومقصود وهادف وواع يسـعى لتحقيق التكيف البيئـي (الداخلي والخارجي) بما يضمـن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشاكل (٨).

كمـا يعرف التغييـر التنظيمي أيضاً على أنه «مجهود طويل المدى لتحسـين قدرة المنظمة على حل المشاكل، وتجديد عملياتها، على أن يتم ذلك من خلال إحداث تطوير شامل في المناخ السائد في المنظمة، مع تركيز خاص على زيادة فعالية جماعات العمل فيها وذلك بمسـاعدة مستشار أو خبير في التغيير والذي يقوم بإقناع أعضاء المنظمة بالأفكار الجديدة» (٩).

ويعرف «وارن بينين» التغيير التنظيمي والتطوير التنظيمي بأنه «إستراتيجية متطورة للتعليم تسـتهدف تغيير العقائد والاتجاهات والقيم والهياكل التنظيمية لتتناسـب مع الاحتياجات، وتمكين المنظمة من التعايش مع التحديات التي تفرضها التغيرات الهائلة في البيئة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية» (١٠).

ومـن التعريفات السـابقة يمكن ملاحظة أهم الجوانب المختلفـة المتعلقة بالتغيير التنظيمي والتي يمكن توضيحها فيما يلي:

- الجهد الموجه الذي لا يعتمد على العشوائية والعفوية، بل هو جهد متعمد وواعٍ يلزمه خطوات، وتخصيص موارد، ونطاق زمني محدد، ونتائج مطلوب تحقيقها.
- المدى الطويل المناسـب حـدوث التغيير والتطوير خلالـه. لأن تغيير وضع منظمة من وضع الخسـارة وتحويلها إلى منظمة رابحة، أو تغيير سلوكيات وقيم واتجاهات

العاملين، أو إدخال روح الجودة بالمنظمة، أو خلق المناخ المساعد على الإبداع والابتكار في العمل، أو خلق روح الفريق في العمل وترسيخ روح التعاون بين العاملين (على سبيل المثال) لا يحدث فجأة بل يحتاج إلى وقت طويل يمتد لسنوات.

- تحسين الأداء وقدرة المنظمة على مواجهة المشاكل والمتغيرات والتكيف البيئي، وقد يشمل التغيير: هياكل التنظيم من خرائط تنظيمية ووظائف بمسمياتها وتوصيفها ومهامها، وإستراتيجية المنظمة متمثلة في الرسالة والرؤية والأهداف والخطط، وتحديد المشاكل ووضع الحلول، وتجديد وتحسين العمليات، والتسويق، والتمويل، والموارد البشرية وخاصة فيما يتعلق بالتعاون والابتكار والإبداع.
- التأثر البيئي محدداً في البيئة الداخلية (الهيكل التنظيمي والعاملون والفرق والعمليات والتكنولوجيا)، والبيئة الخارجية (الموردون والعملاء والمنافسون والظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية والقانونية والفنية).
- التدخلات التي سيتم استخدامها في تحسين أداء المنظمة، وتشمل إعادة الهيكلة، والجودة الشاملة، وتدريب العمالة، والهندسة الإدارية (الهندرة)، والإدارة الإستراتيجية، وتمكين العاملين، وبناء الفرق، وإعادة تصميم المنظمة، وغيرها.
- الأطراف الخارجيون والداخليون المساعدون والمحركون لعملية التغيير من خلال المساعدة في تشخيص المشاكل وتدريب العاملين ومتابعة التنفيذ، كمكاتب الاستشارات وأساتذة الإدارة.

القوى والأسباب التي تدفع للتغيير Causes of Change:

يحدث التغيير في أي منظمة نتيجة وجود قوة أو سبب ما يدفع بقوة لإحداث التغيير. ويمكن الاستجابة لذلك إما نتيجة لاقتناص فرصة التحسين الموجودة، أو نتيجة لتوقع مشكلة أو رد فعل داخل أو خارج المنظمة. وتبعاً لذلك يمكن تقسيم القوى والأسباب التي تدفع للتغيير والتطوير إلى قوى ومسببات داخلية وخارجية كما يلي:

- القوى والمسببات الداخلية Internal Forces or Causes:

تنشأ عادة ظروف داخل المنظمة تحث على إحداث التغيير نظراً لكون المنظمات في حركة دائمة نتيجة لتفاعل العاملين مع النظم والقواعد والعمليات، والتفاعل فيما بينهم. وترتبط المتغيرات الداخلية بطبيعة المنظمة وأساليب عملها وسياساتها والإجراءات المتبعة فيها لتحقيق أهدافها. ويمكن توضيح أهم القوى المسببة للتغيير من داخل المنظمات فيما يلي [١١]، [١٢]، [١٣]، [١٤]:

- التغيير في أهداف المنظمة ورسالتها وأغراضها بغرض تحقيق الكفاءة والفاعلية.
- تطور وعي العاملين وزيادة طموحاتهم وحاجاتهم.
- إدراك الحاجة إلى التنسيق والتوازن والتكيف فيما بين عناصر المنظمة الداخلية ومتطلبات نشاطها.
- زيادة الإدراك تجاه العلاقة بين البيئة الإدارية وبين رغبة العاملين في تسخير جميع قدراتهم الكامنة لصالح العمل.
- إدراك الصلة بين أسلوب التعامل مع العاملين وإفساح المجال لهم للمشاركة في اتخاذ القرارات وبين إنتاجياتهم، وتعزيز وجود علاقات الفريق الواحد.
- إدخال تكنولوجية جديدة في العمل ممثلة في الأجهزة والمعدات الحديثة.
- ندرة القوى العاملة المؤهلة.
- إدخال نظم معالجة معلومات متطورة.
- الدمج مع منظمات أخرى أو شراء منظمات أخرى.
- إدراك الحاجة إلى تغيير الهيكل التنظيمي واللوائح والأنظمة الموجهة للعمل، بما يؤدي إلى خلق المرونة اللازمة لتقبل الحاجة إلى التغير.
- تدني معنويات العاملين.
- ارتفاع نسبة التسرب أو الدوران الوظيفي.
- حدوث أزمة داخلية أو مستجدات طارئة.
- عدم تمكن المنظمة من توفير مرشحين مؤهلين للوظائف العليا من داخل المنظمة.
- تدني الأرباح، أو الانخفاض الملموس في الحصة السوقية أو المبيعات، أو زيادة التكلفة.

كما يمكن تقسيم القوى الداخلية الداعية للتغيير إلى مجموعتين رئيستين هما [١٥]:

- المشكلات: التي تتعلق بالقوى العاملة من ناحية إدراك العاملين لكيفية معاملة المنظمة لهم.
- السلوك: وذلك فيما يختص بقرارات المديرين، والصراع والاحتكاك المتكرر بين الرؤساء والمرؤوسين مما يتطلب تنمية مهارات التعامل لدى الجميع.

ويمكن أيضاً أن تعزى القوى الداخلية الدافعة للتغيير إلى (١٦):

- العمليات: وتشـمل اتخاذ القرارات، والاتصالات، والعلاقات بين الأفراد، والإنتاج، والتسويق، والجودة، والعمليات الإدارية الأخرى.
- الناس: وتتضمن تدني المعنويات، وازدياد نسبة التسرب والدوران الوظيفي، وغيرها.

- القوى والمسببات الخارجية External Forces or Causes:

تؤدي القوى والمسببات الناشئة من خارج المنظمة دوراً أكبر بكثير من القوى الداخلية فـي إحـداث التغيير بالمنظمة. ويعد ذلـك أمراً طبيعياً نتيجة للتغييرات المتسـارعة والمتنامية في الظروف البيئية الخارجية للمنظمة. ويجب ملاحظة أنه كما تتيح القوى الخارجيـة فرصاً كبيرة لنمو ونجاح المنظمات، فإنه في الوقت نفسـه قد تمثل بعض هذه القوى الخارجية تهديدات حقيقة للمنظمات، وتحدياً للمديرين في غاية الأهمية. وأهم القوى الخارجية الداعية للتغيير هي (١٧)، (١٨)، (١٩):

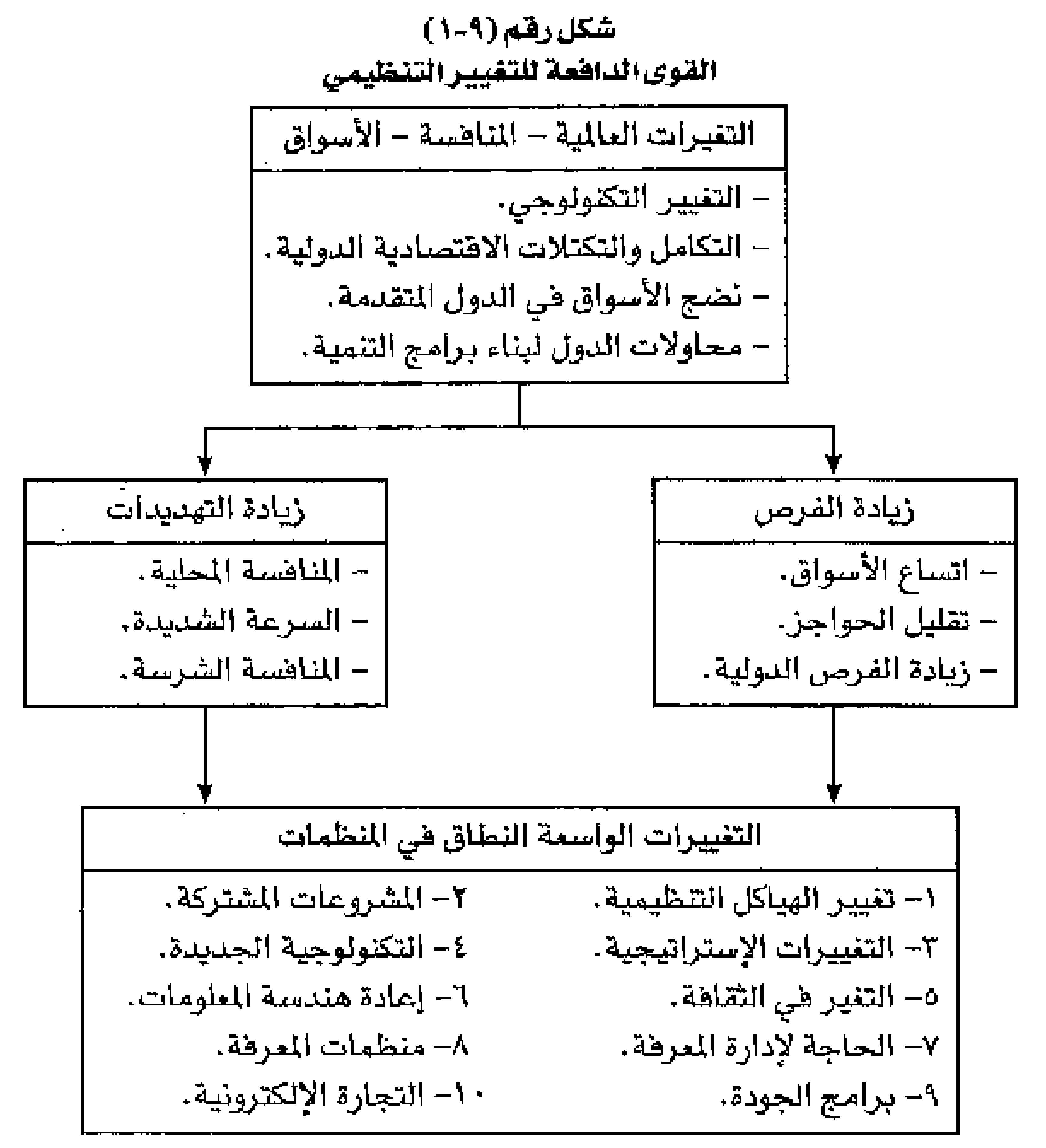
- التنافس الحاد بين المنظمات.
- المتغيرات الاقتصادية والتي تعد القوة الرئيسية الداعية للتغيير في النظام الاقتصادي العالمي اليوم.
- التزايد المستمر في تبعات ظاهرة العولمة.
- إصدار قوانين وتشريعات حكومية جديدة متعلقة بعمل المنظمة.
- ازدياد دور المنظمات المهنية وتأثيره على العاملين وبالتالي على المنظمة.
- ضغوط المنظمات والجمعيات غير الحكومية مثل منظمات حماية المستهلك.
- التغييـرات السـريعة فـي أسـعار المـواد الخـام والطاقـة والأجهـزة والمعدات والمستلزمات.
- حدوث الأزمات العالمية والخارجية الطارئة.
- التقدم المعرفي الكبير نتيجة للنمو المتسارع في جميع مجالات العلوم والمعرفة.
- تقادم المنتجات والخدمات بسـرعة أكبر مما تعودنا عليه فيما سـبق بسبب التقدم المعرفي، وضرورة مواكبة ذلك بالتغيير وإنتاج سلع وخدمات أحدث وأكثر تطوراً.
- تغير تركيبـة وخصائص القوى العاملة، وذلك فيما يتعلق بنسـبة العاملين المقيمين بالمدن، ومسـتوى التعليم، وصغر السن، ودخول المرأة لسوق العمل بقوة، وزيادة نسبة المديرين والمهنيين والفنيين إلى إجمالي العاملين.

ويقسم «إيفانيفيتش» القوى الخارجية الداعية للتغيير إلى ثلاث فئات رئيسة هي [٢٠]:

- **التغييرات في الأسواق:** مثل تزايد المنافسين وحدة المنافسة، والتوسع في الأنشطة والمنتجات، والنشاط الإعلاني وتأثيره، وتخفيض الأسعار أو ارتفاعها، وتحسين خدمة العميل كخدمات ما بعد البيع، وغيرها.
- **التغييرات التقنية:** نتيجة للتقدم المعرفي المذهل والذي أفرز تقنيات جديدة في كافة المجالات تقريباً.
- **التغييرات البيئية:** كالحركات الاجتماعية، والاتصالات العامة بالشرائح العريضة بالمجتمع من خلال وسائل الاتصال ذات التقنية الحديثة، وظهور الأسواق العالمية.

ويمكن النظر في القوى الدافعة للتغيير التنظيمي من ناحية التكامل والعلاقة المتبادلة بين التغيرات العالمية والمنافسة والأسواق وتأثيرها على المنظمات من ناحية زيادة الفرص المتاحة أو زيادة خطر التهديدات الممكن حدوثها، مما يتطلب إحداث تغيرات واسعة النطاق في المنظمات [٢١] كما يظهر في الشكل رقم (٤٧). ويتضح من هذا المنظور الربط بين القوى والمسببات الخارجية والداخلية الدافعة للتغيير من خلال الأخذ في الاعتبار محددات معينة كظاهرة العولمة، والتكتلات الاقتصادية الكبيرة، والأزمات الاقتصادية العالمية، والضغوط والاشتراطات الخارجية على الاقتصاد الوطني، وما يتبع ذلك من خلق فرص يمكن البناء عليها، أو ضرورة مواجهة التهديدات المرتقبة والتي يلزم الاستعداد لها.

شكل رقم (٩-١)
القوى الدافعة للتغيير التنظيمي



(المصدر «بتصرف»: النجار، فريد راغب، إدارة التغيير الإستراتيجي العربي، ٢٠٠٩-٢٠١٠. صفحة ٢٥٨).

أهداف التغيير Goals of Change:

أوضحنا من قبل أن التغيير لا يحدث بطريقة عفوية أو ارتجالية، بل يتم من خلال عمليـة واعية وهادفة ومخططـة من أجل تحقيق أهداف محددة. ومن أهم الأهداف التي تسعى إليها برامج التغيير والتطوير التنظيمي ما يلي [٢٢]، [٢٣]:

- زيادة قدرة المنظمة على التكيف والتعامل مع المتغيرات البيئية المحيطة بها، لتحسين قدرتها على البقاء والنمو، والاستعداد لمواجهة التحديات المفروضة.
- تحقيق التعاون والتنسيق بين مجموعات العمل المختلفة والمتخصصة بغرض تحقيق الأهداف العامة للمنظمة وخاصة الأهداف طويلة الأجل منها.
- تساعد برامج التغيير والتطوير التنظيمي الأفراد العاملين على تشخيص مشكلاتهم، وحفزهم على حل هذه المشكلات للتغلب على معوقات العمل التي تعترض المنظمة، وتحسين الجودة والإنتاجية.
- تقوية العلاقات والترابط بين العاملين بالمنظمة لتحقيق الرضا الوظيفي للعاملين.
- بناء مناخ من الثقة والتعاون والانفتاح بين العاملين بالمنظمة.
- مساعدة المديرين على اتباع أسلوب الإدارة بالأهداف عند التحول عن أساليب الإدارة التقليدية.
- دراسة السوق الذي تعمل به المنظمة من خلال الحصول على معلومات عن المنظمات الأخرى المنافسة وبغرض تحسين المركز التنافسي.
- زيادة حيوية المنظمة عن طريق الاتجاه للامركزية السلطة،وتنمية روح الفريق، والمشاركة في اتخاذ القرارات، ونظم الحوافز الإيجابية، وتشجيع الرقابة الذاتية.
- القضاء على الصراعات التنظيمية باستخدام أساليب المواجهة وحل المشكلات واستخدام أهداف عليا مشتركة بدلاً من استخدام السلطة الفردية للإدارة العليا لحل الصراعات التي تنشأ بين جماعات العمل.
- إدخال تقنيات عمل جديدة للمنظمة بطريقة سليمة تحوز على قبول العاملين، مع إجراء التعديلات التنظيمية اللازمة لإنجاح هذا التغيير التكنولوجي.
- تطوير وتبسيط إجراءات العمل بالمنظمة بما يحقق أداءها بأقل وقت وجهد وتكلفة ممكنة.

ويمكن تصنيف الفوائد التي تعود على المنظمة والعاملين بها بصفة عامة وفقاً للأهداف المحققة من عملية التغيير التنظيمي إلى فوائد الكفاءة، وفوائد الفعالية، والمنافع التحويلية. والجدول التالي يوضح هذه المنافع والمستفيدين منها [٢٤]:

جدول رقم (٥)
فوائد التغيير التنظيمي

الفوائد / المستفيدون	العاملون	الوحدات الوظيفية	كامل المنظمة
زيادة الكفاءة	تنميط وميكنة النشاط	آلية العمليات	توسيع وزيادة حدود العمل
زيادة الفعالية	الترقية والتطور المهني	تطوير العمل	تطوير خدمات المنظمة
المنافع التحويلية	توسيع دور الفرد	إعادة تعريف الوظائف	إيجاد منتجات أو خدمات جديدة

المؤشرات التنظيمية الدالة على الحاجة إلى التغيير Indicators of Change:

الإدارة ليست سلطة وتباهياً بالقوة والتمتع بمميزات الوظيفة، بل هي علم وجهد وخبرة وفهم ووظيفة غاية في الأهمية لتحقيق أغراض وأهداف المنظمات والتي من أجلها خلقت الوظائف. والمدير الذي لا يستطيع استقراء الأوضاع داخل وخارج منظمته لا يصلح في الوقت الحاضر لهذه الوظيفة التي تمارس الآن في جو مملوء بالتعقيد والمتغيرات الكثيرة في جميع المجالات. ومن أهم سمات المديرين حالياً تبصرهم ورؤيتهم الإستراتيجية التي تمكنهم من معرفة وفهم المتغيرات التي تجري من حولهم، ومعرفتهم أن التغيير ضرورة لابد منها، ثم قدرتهم على التكيف مع المتغيرات بأحداث التغيير المناسب، في الوقت المناسب، وبالكيفية المناسبة. ومن أهم المؤشرات التنظيمية التي يلزم أن يلاحظها مديرو عصرنا الحالي ما يلي [٢٥]:

- انخفاض الروح المعنوية للعاملين وضعف الروح الأخوية والاجتماعية بينهم، وشعورهم باليأس والإحباط.
- كثرة التسرب، والاستقالات الاختيارية، وطلبات النقل من المنظمة أو أقسامها، والإجازات المرضية، وخاصة بين الكفاءات والمؤثرين من العاملين بالمنظمة.
- ازدياد وشدة الإجراءات التأديبية.
- كثرة الشكاوى (دليل على وجود المشاكل) أو انعدامها (دليل على الشعور باليأس والإحباط بين العاملين).

- تفشي ظاهرة التأخير عن العمل، وزيادة أيام الغياب، وكثرة عدد المتغيبين، والخروج من مكان العمل بدون سبب أو إذن، وغيرها من مظاهر التسيب الوظيفي.
- كثرة الاجتماعات وعدد اللجان بدعوى عمل ترتيبات لتنسيق الأنشطة، في حين قد تكون في الواقع هروباً من المسئولية، أو وسيلة للحصول على المقابل المادي للاجتماعات، أو أي ميزة فردية أخرى.
- فشل الإدارة في اكتشاف الأفراد الأكفاء للوظائف، أو إعفاء الأشخاص غير الأكفاء عن وظائفهم، وإطالة مدة بقاء الأفراد في وظائفهم دون إحلال أو تجديد أو إعداد لجيل آخر من المديرين والفنيين المؤهلين للعمل بتلك الوظائف، وميل سن العاملين الشديد للكبر أو الصغر.
- تفشي ظاهرة اللامبالاة والسلبية والتهرب من أداء الواجبات بدعوى عدم الاختصاص، وبالتالي زيادة التحقيقات والعقوبات الإدارية.
- التأخر والتردد في اتخاذ القرارات، أو وجود تضارب أو تحيز في القرارات.
- الزيادة في عدد المستشارين والمنسقين والمساعدين ومديري المكاتب وأفراد التشهيلات أو التسهيلات.
- الزيادة الكبيرة في حجم الأعمال المكتبية على حساب المتابعة الميدانية.
- طول وتعقد وتعدد إجراءات العمل بدعوى المحافظة على الإمكانيات وضبط العمل.
- وجود وتعدد وتنوع حوادث السرقات والاختلاسات.
- زيادة حجم المستهلكات، أو العوادم والأجهزة والمعدات المعطلة أو التالفة، أو الإسراف في أي منها.
- المركزية في الإدارة وانعدام التفويض وضعف الثقة بالمرؤوسين.
- الفشل المتكرر في تحقيق الأهداف.
- التفوق البارز والواضح للمنافسين.

مقاومة التغيير Resistance of Change:

تنبع أهمية التغيير من حقيقة أن الكثير من السياسات والبرامج والأهداف والأساليب والإجراءات الإدارية في العديد من المنظمات وفي كل زمان ومكان تحتاج للتعديل حتى تتماشى مع متطلبات التجديد والتطوير، والتوجه لوضع إداري أفضل

يحســن استغلال الموارد البشرية والمادية المتاحة. ولكن على الرغم من ذلك تجد هذه الحقيقــة مقاومة كبيرة عند الأخذ بها تظهر في صورة ردود أفعال من العاملين تعوق عملية إتمام ونجاح التغيير. فقد تأخذ مقاومة التغيير أشــكالاً عدة منها على ســبيل المثال: تخفيض مســتوى الإنتاجية، والبــطء في العمل، والصراعات داخل العمل [٣٦]، ومهاجمة الأفكار والمقترحات الجديدة، والصمت، وعدم الرد، وإثارة المشاكل، والإصرار على أن التغيير غير عادل، ونشــر الشــائعات عن النتائج السلبية للتغيير، والتقليل من أهمية الحاجة للتغيير، والإكثار من انتقاد التغيير. ويمكن حصر أهم أســباب مقاومة التغيير في العناصر التالية [٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠]:

الأسباب الاقتصادية Economic:

- التخوف من البطالة نتيجة للتغييرات التكنولوجية التي توفر العمالة.
- التخــوف مــن انخفاض الدخل المادي للعاملين بســبب خفض عدد ســاعات العمل المدفوعة الأجر، أو بسبب تخفيض الحدود الدنيا للأجور.
- الخــوف من تطبيق سياســات ترفع من معدلات الإنتــاج المعيارية، وتأثير ذلك على تخفيض المكافآت والحوافز التي يحصل عليها العاملون في الظروف الحالية.

الأسباب الاجتماعية Social:

- التعود على الموجود وعدم الرغبة في التكيف من جديد مع وضع غامض جديد يأتي به التغيير.
- عدم الرغبة في كسر وتغيير العلاقات الاجتماعية القائمة.
- التخوف من أن الموقف الاجتماعي الجديد للعمل قد ينتج عنه درجة إشباع أقل.
- عدم استحباب التدخل الخارجي أو بعض الأشخاص الذين يقدمون التغيير.
- الاستياء من عدم المشاركة في إحداث التغيير.
- النظر إلى التغيير على أنه في صالح المنظمة عموماً أكثر مما هو في صالح العاملين، أو للصالح العام.

الأسباب الشخصية Personal:

- التخوف من انخفاض مهارة العمل والفخر الشخصي للعامل.
- الاســتياء من توجيه النقد غير المباشر بأن الطرق والأساليب المتبعة في العمل غير كافية.

- **اختيار الوقت المناسب:** وهو عامل حاسم في نجاح التغيير؛ لأنه يهيئ المنظمة لنجاح التغيير. فضمان مشاركة العاملين، والواقعية في التخطيط، ووجود مشاكل حقيقية بالمنظمة كالهبوط النسبي في حجم النشاط على سبيل المثال يعد وقتاً مناسباً للبدء في عملية التغيير؛ لأن الجميع سيكونون على يقين من ضرورته ولذلك ستقل مقاومته بدرجة كبيرة.
- **مشاركة مسئولين أو خبراء من داخل المنظمة:** إذا لم يكن ممكناً أن يقوم بالتغيير مسئولون من داخل المنظمة لعدم توافر الخبرات أو لحساسية موضوع التغيير، فإنه يلزم على الأقل مشاركتهم مع المستشارين الخارجيين وخاصة في حالة إذا ما كان التغيير موجهاً ناحية تغيير سلوك الأفراد بالمنظمة.
- **توازن التغيير:** يجب تحقيق التوازن بين التغيير في النظام الفني والتكنولوجي وبين التغيير في النظام الإداري لمساعدة كل منهما للآخر، إذ إن التغيير في نظام يلزمه تغييرٌ في نظام آخر. فإدخال تغيير في النظام التكنولوجي على سبيل المثال يستلزم تغييرات في نظام الأفراد وسلوكياتهم، والنمط الإداري للقيادة، أو إجراءات العمل، ونظم الحوافز للعاملين.

ومما يؤكد ويضيف للأسباب السابق الإشارة إليها ما اتضح من نتائج بعض الدراسات العربية والأجنبية التي تمت في مجال مقاومة التغيير وكيفية التغلب على هذه المقاومة. وكانت أهم نتائج هذه الدراسات ما يلي:

- أظهرت دراسة «غراب، ١٩٩٤م» [٣٥] حول أسباب التغيير ودوافعه في شركة ممفيس للأدوية والصناعات الكيماوية بجمهورية مصر العربية مسارات التغيير التي سلكتها الشركة والتي كان أبرزها: امتلاك أحدث تكنولوجيا في مجال صناعة الدواء المصري، والتدريب النظري والتطبيقي في مجال صناعة الأدوية، وتنفيذ العديد من البرامج التدريبية للإدارة الوسطى والتنفيذية، واعتماد أسلوب فرق العمل لإنجاز بعض المهمات، وإنشاء إدارة نظم المعلومات، وإعادة بحث الهيكل الوظيفي للشركة.
- وأوضحت دراسة «العامري والفوزان، ١٩٩٧م» [٣٦] الخاصة بمعرفة أسباب مقاومة الموظفين للتغيير في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية أنه يمكن تقسيم أسباب مقاومة الموظفين إلى أسباب شخصية واجتماعية وثقافية وفكرية وتنظيمية وإجرائية وسياسية، وأنه لا يوجد تأثير يذكر للعوامل الديمغرافية على رؤية الموظفين لأسباب مقاومتهم للتغيير، وكان الاستثناء الوحيد محدداً في المؤهل العلمي والمرتبة الوظيفية.

- وأسفرت دراسة «عشوش، ٢٠٠٠» [٣٧] عن أسباب مقاومة التغيير التنظيمي من طرف الموظفين العاملين في بنوك التنمية والائتمان الزراعي بجمهورية مصر العربية عن أن برامج التغيير التي تجريها مختلف المنظمات تتعرض لشكل أو أكثر من أشكال مقاومة التغيير، وأنه توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين الأساليب الإدارية في التغلب على مقاومة التغيير وبين أسباب مقاومة الموظفين للتغيير، وأنه يوجد اختلاف في أسباب مقاومة الموظفين للتغيير باختلاف البنك الذي يطبق فيه التغيير. بالإضافة إلى ما أسفرت عنه الدراسة من عدم وجود أي تأثير معنوي على للخصائص الديموجرافية لأفراد العينة على رؤيتهم لأسباب ظاهرة مقاومة التغيير.

- وتوصلت دراسة «نوال العوضي، ٢٠٠٦م» [٣٨] عن التعرف على تأثير كل من الاتجاهات والاستعداد الذاتي والتعلم على التغيير الفعال إلى وجود علاقة طردية قوية بين كل من الحوافز المادية، وأسلوب القيادة، ومشاركة العاملين، والاتصال الجيد وبين التغيير الفعال.

- وجاءت دراسة «ابتسام مرزوق، ٢٠٠٦م» [٣٩] عن تحديد طبيعة العلاقة بين الخصائص التنظيمية ومدى وضوح مفهوم إدارة التغيير لدى المؤسسات الفلسطينية غير الحكومية بنتيجة تؤكد العلاقة الارتباطية القوية بين وضوح مفهوم التغيير لدى الموظفين، واتباع أسلوب التخطيط الإستراتيجي، وتنمية مهارات العاملين وبين قدرة المؤسسات على إدارة وإحداث التغيير.

- نتج عن دراسة «Kan and Parry, 2004» [٤٠] عن استخدام نظرية القيادة في التغلب على مقاومة التغيير بين قيادات هيئة التمريض بالمستشفيات النيوزيلندية حقيقة أنه إذا التقى التغيير مع مصالح الموظفين، وكان التغيير واقعياً، فإنه يكون مقبولاً، والعكس صحيح. بمعنى عدم قبول التغيير إذا لم يلتق مع مصالح الموظفين، وإذا كان غير واقعيٍّ.

- واتضح من دراسة «Messer, 2006» [٤١] بعنوان: تأثير كل من المشاركة، والاتصال المفتوح، والإدراك والدعم التنظيمي، والالتزام التنظيمي على مقاومة التغيير في الكليات الأهلية وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات السابقة وبين معارضة الموظفين للتغيير من حيث تقليل هذه المعارضة.

- وفي دراسة «Bonnie, Brinson, Burns, 1999» [٤٢] بعنوان: تقليل مقاومة التغيير من خلال مبدأ المشاركة الجماعية، بالتطبيق على شركات نظم المعلومات، جاءت

النتائج لتؤكد أن أسلوب المشاركة في اتخاذ القرارات قد قلل من مقاومة التغيير، بالإضافة إلى أن ذلك كان له تأثير إيجابي على الالتزام بجهود التطوير.

- وظهر من نتائج دراسة «Giangreco and Peccei, 2005» [43] عن مقاومة التغيير لدى مديري الإدارة الوسطى في شركة الكهرباء الوطنية الإيطالية (التي غالباً ما تهمل في أدبيات إدارة التغيير) أن فهم العاملين وإدراكهم لفوائد التغيير، ومشاركتهم في عملية التغيير قد ساعد على تقليل مقاومة التغيير.

- وبينت دراسة «Podlesnik, 2006» [44] عن تأثير التعليم على مقاومة التغيير أنه كلما زادت الإرشادات والتعليمات من خلال الجلسات التعليمية بالمنظمة زادت المقاومة للتغيير.

وأهم ما أسفرت عنه الدراسات السابقة هو تأثير عنصري فهم ومشاركة العاملين في عملية التغيير واتخاذ القرارات، ومقدرة المديرين وأسلوبهم في إدارة التغيير التنظيمي على تقليل المقاومة للتغيير.

ويجدر التنويه بأن مقاومة التغيير قد لا تكون سلبية في جميع الأحوال، فقد تكشف هذه المقاومة عن حقيقة أن التغيير المقترح قد لا يحقق الفوائد المرجوة منه مقابل التكاليف التي سيسببها. ويمكن النظر بالتالي في مزايا لمقاومة التغيير والتي منها [45]:

- تؤدي مقاومة التغيير إلى إجبار إدارة المنظمة على توضيح أهداف التغيير ووسائله والنتائج المرجوة منه بشكل أفضل.
- تكشف مقاومة التغيير عن عدم فعالية عمليات الاتصال بالمنظمة، وكذا عدم توافر النقل الجيد للمعلومات.
- تظهر مقاومة التغيير نقاط الضعف في عملية معالجة المشكلات واتخاذ القرارات في المنظمة.
- تدفع حالة خوف وقلق العاملين من التغيير إدارة المنظمة إلى إجراء تحليلات أدق للنتائج المباشرة وغير المباشرة المحتملة للتغيير.

إستراتيجية التغيير التنظيمي Strategy of Change:

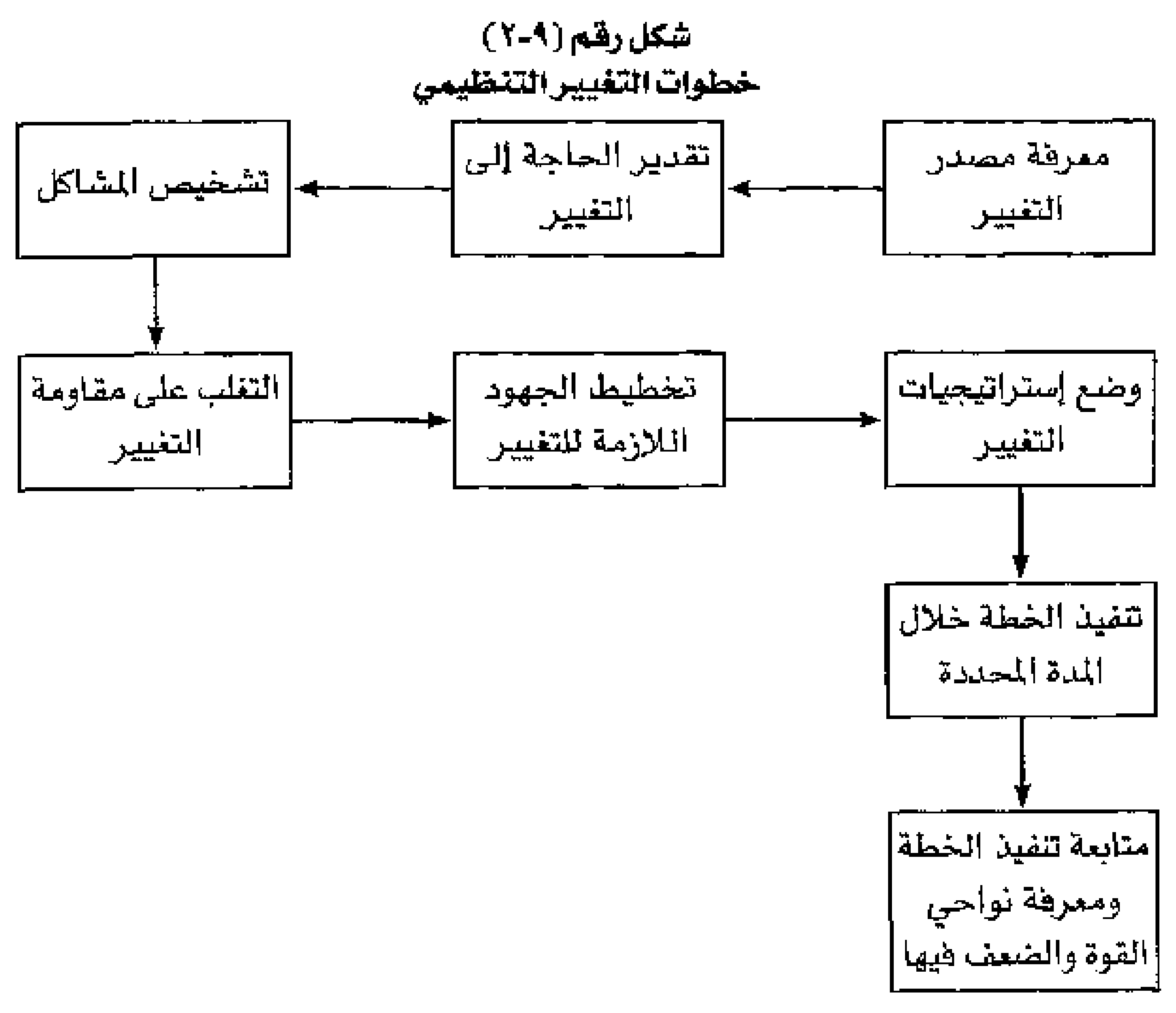
أوضحنا من قبل فكرة أن التغيير التنظيمي عملية ديناميكية منظمة تحتاج لإستراتيجية ممثلة في خطة طويلة المدى يتم تنفيذها بدقة ومرونة وتكامل، وبمشاركة

وفهـم مـن الأطراف التي سـوف تتأثر بنتائـج عملية التغيير. ويمكـن توضيح هذه الإستراتيجية من خلال الخطوات اللازمة التالية [٤٦]:

- جمـع المعلومات والحقائق: حول الظروف التـي توجد وتعمل فيها المنظمة، وكذلك الحال بالنسـبة لإداراتها وأقسـامها التنظيمية الرئيسـية. ويمكن أن يتم ذلك من خلال وسائل جمع المعلومات المناسـبة كاستخدام الاستبانات والمقابلات الشخصية والملاحظة ومراجعة التقارير الدورية عن نشاط المنظمة.
- التغذية المرتدة: وتعني تبادل الرأي حول المعلومات بين الأعضاء الرئيسيين بالمنظمة، والتعرف على اتجاهات ومشاعر العاملين في الإدارات والأقسام المختلفة، وعلى إذا مـا كانت هناك مشـكلات أو خلافات في وجهات النظر أو حساسـيات في الأداء والإنتاج.
- تحديد الأهداف لحل المشـكلات: ويعني ذلك وضع منهج محدد له أهداف محددة لحل المشـكلات أو الصعوبات التي تواجهها المنظمة بطريقة عملية وعلمية ليسـهل تطبيق الحلول لهذه المشكلات.
- اختيار الطريقة أو البديل المناسب لتطوير المنظمة: ويتمثل ذلك في اختيار الأسلوب المناسب لتطوير المنظمة بعد فحص وتمعن بغرض تحقيق الأهداف التي تم تحديدها. والبديل الأنسب هنا ليس بالضرورة البديل الأمثل؛ لأن البديل المناسب هو ما تحتاج إليه المنظمة لتحقيق أكبر عائد ملموس في ظل الإمكانيات المتاحة.

ويمكن توضيح هذه الخطوات من خلال الشكل التالي:

شكل رقم (٩-٢)
خطوات التغيير التنظيمي



(المصدر «بتصرف»: العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، ٢٠٠٢، صفحة ٥٥٥).

التغيير في مجال الخدمات الصحية Change in the Health Care Field:

يشكل قطاع الرعاية الصحية في معظم دول العالم، وخاصة المتقدمة منها، ركناً أساسياً ومكوناً ضخماً في الأداء الاقتصادي الشامل لهذه الدول. ويكفي للدلالة على ذلك النسبة الكبيرة التي يحتلها إنفاق القطاع الصحي من إجمالي الدخل القومي للعديد من الدول، بالإضافة إلى حقيقة أنه في معظم الدول المتقدمة يعمل واحد من كل عشرة عاملين على مستوى الدولة في قطاع الرعاية الصحية [٤٧] كالأطباء البشريين وأطباء الأسنان والصيادلة، والممرضين والممرضات، والفنيين في مجال المختبرات والأشعة والتعقيم، وصيانة وتشغيل الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية، وأخصائيي العلاج الطبيعي والتأهيل والتخاطب والرعاية الاجتماعية والتغذية وغيرها، إلى جانب

المديرين والإداريين والمراقبين الماليين والمهندسين والعلماء، والعمالة المتعددة في شتى المجالات كالفندقة والأمن والمغاسل والمطابخ، وشركات الأدوية والمستلزمات الطبية، وغيرها.

وقد تميزت منظومة تقديم الخدمات الصحية منذ عقود طويلة إلى نحو النصف القرن الماضي بالبساطة إلى درجة كبيرة حيث لم تكن معقدة كما هي الآن. وكانت العلاقة المحددة في هذه المنظومة تتكون من المرافق الصحية والأطباء والمرضى، مع وجود تداخلات طرفية ضعيفة من الحكومة وعالم الأعمال وبدون تأثير فعال على منظومة تقديم الخدمات الصحية. وخلال العقود القليلة الماضية تغير الحال كثيراً حتى وصلنا إلى ما نحن عليه اليوم وخاصة فيما يتعلق بزيادة الأطراف المتعددة والمتداخلة – بطريقة مباشرة وغير مباشرة – في مجال الخدمات الصحية. فعلى سبيل التحديد، زادت نسبة المنظمات الصحية الخاصة التي تهدف للربح بدرجة مذهلة، فهي المسئولة حالياً بدرجة كبيرة عن تطوير وتقديم الأدوية، والمستلزمات الطبية، والعديد من الابتكارات التقنية الطبية، وتحسين جودة الفندقة الطبية. ومن جانب آخر زادت تداخلات الهيئات الحكومية بغرض تنظيم تقديم هذه الخدمات وخاصة فيما يتعلق باستحداث النظم الصحية التأمينية وسبل تمويل الخدمات الصحية. ونتيجة لكل ذلك ظهرت وتنامت حدة المنافسة، وتبارت المرافق الصحية بالقطاع الخاص في الاستثمارات المالية وتوفير الوقت والجهد لتنظيم المعلومات عن العالم الذي يوجدون فيه [٤٨].

ويتجه التفكير الإستراتيجي الآن نحو وضع المرفق الصحي بفاعلية في سوق الخدمات الصحية في ظل تغيرات البيئة الخارجية للمنظمات الصحية. ويلخص «بيتر دراكر» [٤٩] ذلك بقوله أن أهم مهام مديري المرافق الصحية اليوم مهمة توقُّع الأزمات، ليس بغرض الحيلولة دون حدوثها فقط ولكن من أجل التنبؤ بها والاستعداد لمواجهتها، فالانتظار حتى حدوث الأزمة هو في الواقع نوع من التخاذل. ولذلك يلزم مديري المرافق الصحية فهم البيئة الخارجية التي يعمل فيها المرفق الصحي، وتوقع والاستعداد والاستجابة للتحولات المهمة التي تحدث فيها. والخلاصة هي أن المنظمات التي تفشل في توقع التغيير أو التي تتجاهله سوف تجد نفسها خارج احتياجات سوق الخدمات الصحية وخاصة فيما يتعلق بعدم تحديث الأجهزة التقنية الطبية، عدم أو نقص فاعلية تقديم الخدمات، والإدارة الجامدة التي لا تتفهم أو تستجيب لما يرغب فيه المراجعون.

دواعي التغيير في المجال الصحي:

تتواجـد منظمات الرعايـة الصحية - مثلها مثل كل المنظمـات - في بيئة متغيرة عاصفـة معرضة للكثير مـن النقد والهجوم من وسـائل الإعلام، ومراقبة سياسـياً واجتماعيـاً واقتصادياً من الحكومات والمنظمـات غير الحكومية والحقوقية وغيرها. وعادة تتعرض أنظمة الرعاية الصحية لأربعة اتجاهات اجتماعية محددة تتسم بقدرتها على تشكيل وإبداء الرأي والضغط والتحدي لإجراء التغيير التنظيمي وهي [٥٠]:

التغير الديموغرافي (السكاني) Demographic Change:

أفرز هذا الاتجاه حقيقة أن الناس أصبحوا يعيشون أطول في هذا الزمان، وترتب على ذلك زيادة كبيرة في أعداد المعمرين وكبار السن الذين يشكلون العبء الأكبر على نظم الرعاية الصحيـة. فالناس عندما تعيش أطول يصبحون أكثر تعرضاً للأمراض المزمنـة ومضاعفاتها، وبالتالي يتكلفون الكثير للحفاظ على بقائهم أحياء. وهو نفس الحال بالنسـبة للنظـام الصحي الذي تتزايد تكلفة خدماتـه الصحية بالضرورة تبعاً للتغير في نمط الأمراض المصاحب لظاهرة زيادة عمر السكان.

سرعة المبتكرات والإبداع التكنولوجي: Speed of Technology and Innovations:

وهذا الاتجاه مرتبط بالاتجاه الأول من حيث إن التقدم الصحي الذي تم في عصرنا الحالي والذي أدى إلى زيادة متوسط عمر الإنسان لم يكن يتحقق - حتى ولو جزئياً - بدون التطور الهائل والمتزايد والسـريع في إبداعات وابتكارات التقنية والاكتشـافات الطبيـة. ويتضح ذلك بجلاء في مجالات اكتشـاف الأدوية، وطـرق العلاج الجديدة المبتكرة للسـيطرة على الأمراض، والأساليب الجراحية المبتكرة والمعتمدة على التقدم التكنولوجي، ووسـائل التشـخيص الطبي المتعددة والعالية الكفاءة والتقنية، وغيرها. كل ذلك سـاعد على علاج مشـاكل صحية كثيرة لم نكن قادرين على التصدي لها في الماضـي، ولكن لم تكن هذه الإنجازات بلا مقابل، بـل جعلت الرعاية الصحية باهظة التكاليف لدرجة التغيير المحتم الذي فرض التفكير في قضية علاج غير القادرين من الفقـراء الذين لا يتمكنون من دفع تكاليف الخدمات الصحية وما يتعلق بهذه القضية من قضايا أخلاقية وحقوقية.

تغير توقعات المستخدم أو المستهلك Consumer Expectations:

يريـد الناس اليوم الكثير من الخدمات الصحية أكثـر مما كان يرغب فيه آباؤهم وأجدادهم، بسبب رغبتهم الإيجابية في الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجون

إليها، وبالجودة التي يتوقعونها، وبالتشـــاور معهم. ولم يعد مســـتغرباً اليوم أن يبتعد من يســـتخدمون الخدمات الصحية عن النظرة التقليدية عنهم باعتبارهم مســـتقبلين ســـلبيين للخدمات الصحية التي تقدم له، والتي توصف وتحدد وتقدم بمعرفة مقدمي الخدمـــة الصحية وفقاً لما يرونـــه. خلاصة القول يتحدد في رغبـــة الناس اليوم في اعتبارهم طرفاً في عملية تقـــديم الخدمات الصحية، وفي جميع القرارات التي تؤثر على صحتهم.

التكاليف المتنامية Rising Costs:

لا يختلـــف التغيير في مجال النظم الصحية عنه فـــي المجالات الأخرى من ناحية المدخلات والتي يأتي على رأســـها الموارد المالية والمادية والبشرية. وتمثل الاتجاهات أو التحديات الثلاثة الســـابقة مبررات التكلفة المتصاعدة للخدمات الصحية، حيث إن كلاً منها يســـهم في تحقيق ضغط مستمر لزيادة تمويل الخدمات الصحية. والمشكلة هنا أن الحكومات تحـــاول جاهدة زيادة المخصصات للخدمات الصحية إلا أن ذلك لا يبـــدو أبـــداً كافياً. ويجب ملاحظة أنه في بعض الأحيـــان عندما ترتفع الإنتاجية في القطاعات الأخرى قد تنخفض التكاليف من خلال المنافســـة والابتكار والإبداع مثلما نلحظ في مجال صناعة الحاســـبات والسيارات والبضائع الأخرى الاستهلاكية، إلا أن ذلك لا ينطبق على تكاليف الخدمات الصحية التي تظل مرتفعة بشكل كبير، ومستمرة في الزيادة.

مما ســـبق يتضح أن اكتشـــاف التغيرات التي من الممكن حدوثها مستقبلاً في بيئة المنظمة الصحية والتخطيط المستقبلي لمواجهة ذلك يعد من أكبر التحديات التي تواجه إدارة المرافق الصحية. وهناك شبه اتفاق بين المهتمين بصناعة الرعاية الصحية على أن المنظمـــات الصحية يلزم عليها التكيف والاســـتعداد لمواجهة كل أو بعض التغيرات المستقبلية القادمة في النواحي التالية (٥١):

- **التغيرات القانونية والسياسية Legal and Political Changes:**

الاتجاه نحو زيـــادة التنظيم والتعليمات والتشـــريعات المتعلقة بالخدمات الصحية التأمينية، وخاصة فيما يخص الاستخدام السيئ للخدمات، ضرورة وجود بروتوكولات علاج إكلينيكية، وخصوصية وسرية المعلومات بالسجلات الطبية.

توقـــع وجود تشـــريعات للإصلاح الإداري لا تتعلق بالنظـــرة التقليدية المعروفة عن النظم الصحية من اتجاهها لتوسيع الخدمات الصحية المقدمة أو البرامج الاجتماعية

الصحيــة، بل اتجاه الجهود التشــريعية للإصلاح ناحية خفــض التكاليف المتصاعدة للرعاية الصحية.

الاتجاه نحو زيادة وتشــديد المحاســبة للمســئولين عــن إدارة المنظمات الصحية (مجالس الأمناء ومجالس الإدارات والمسئولين الصحيين).

التراجع فــي النظم الصحية التأمينية المبنية على تأمين صاحب العمل لمنســوبيه لصالح الاتجاه ناحية النظم الصحية التأمينية الحكومية.

- التغيرات الاقتصادية **Economic Changes**:

احتــلال الرعاية الصحية للمرتبة الأولى كأكبر صناعــة وأكبر صاحب عمل يوفر عمالة في معظم دول العالم المتقدم [٥٢].

انخفاض تكلفة الإجراءات الطبية (مثل العمليات الجراحية والفحوصات المختبرية والأشعات)، في حين سيظل الارتفاع في إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية (لزيادة عدد المستفيدين من الخدمة الصحية).

توقــع عدم قدرة ورغبة أصحاب الأعمال على تحمــل العبء الكامل لزيادة نفقات الرعاية الصحية التأمينية للعاملين والمتقاعدين.

زيادة العدد الإجمالي للمستفيدين من الخدمات الصحية وخاصة التأمينية منها.

تحول المرضى الإجباري من مقدم خدمة لمقدم خدمة آخر إما بسبب زيادة التكلفة أو التغير في نوعية الخدمة المقدمة.

- التغيرات الاجتماعية والسكانية **Social and Demographic Changes**:

بدون إجراءات احترازيــة حقيقية وجذرية لضبط الإنفاق على الخدمات الصحية (وذلك من غير المتوقع حالياً) فإن التغيرات السكانية وحدها سوف ترفع نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الدخل القومي للدولة.

زيادة متوسط عمر الإنسان يؤدي إلى ظاهرة «تشيخ السكان «أو «شيخوخة السكان «مع تقدم طب الصحة العامة سوف يزيد الطلب على بعض الخدمات الصحية (رعاية الأمراض المزمنة وأمراض المســنين) في حين سيقلل العبء عن خدمات صحية أخرى (رعاية الأمراض الوبائية الشائعة).

من المتوقع زيادة الفجوة بين دخول الأغنياء والفقراء مما سيكون له أثر كبير وحرج على قرارات تقديم الرعاية الصحية.

توقع أن يكون موضوع الحصول وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية مبنياً على «الطبقية» وليس عاماً كما هو مطلوب مما سيخلق نوعاً من التمييز الطبقي في الوصول إلى الخدمة الصحية.

توقع النقص الحرج في عدد المهنيين الصحيين من غير الأطباء وأطباء الرعاية الصحية الأولية، مع توقع زيادة عدد الأطباء في بعض التخصصات وفي بعض المناطق الجغرافية عن غيرها.

- التغييرات التكنولوجية **Technological Changes**:

استمرار ارتفاع تكلفة شراء الأجهزة الطبية التقنية المعقدة الجديدة والمعتمدة على تقنيات الحاسب الآلي لمواجهة الطلب على الجودة العالية للرعاية الصحية.

توقع حدوث تقدم كبير في تقنيات المعلومات الطبية كميكنة العمليات الأساسية للعمل، والمباشرة الطبية الإكلينيكية، وتحليل البيانات، والصحة الاتصالية الإلكترونية.

ظهور تقنيات جديدة في مجالات الأدوية، والتشخيص الإشعاعي، والتدخلات الجراحية، والخرائط الوراثية، والعلاج الجيني، واللقاحات، والدم الصناعي، ونقل الأعضاء.

- التغييرات في المجال التنافسي **Competitive Changes**:

زيادة حركة الاندماج بين المؤسسات الصحية في سوق صناعة الرعاية الصحية بسبب الضغوط المالية وزيادة التكلفة، والمنافسة المحتدمة.

توقع انهيار بعض شبكات تقديم الخدمات الصحية.

استمرار المؤسسات الصحية الكبيرة في الانتشار على هيئة تجمعات تتميز بدرجة تحكم وتعليمات أقل، وأنشطة خارج نطاق صناعة الرعاية الصحية التقليدية.

زيادة أهمية إستراتيجيات وضع المنظمات الصحية في سوق الخدمات.

استمرار نمو الرعاية الصحية بالعيادات الخارجية (مثل جراحات اليوم الواحد) والتطوير في بدائل الرعاية الصحية التقليدية المعتمدة على التنويم بالمستشفيات.

التغيير الواضح نحو الانخفاض في أهمية دور المستشفيات الصغيرة العامة والريفية بوضعها الحالي يتيح فرصة إعادة ملامح نظام تقديم الخدمات الصحية بالمناطق الريفية.

تزايد عدد الأطباء الممارسين للإدارة الصحية سوف يخلق أدواراً قيادية مهمة في منظمات الرعاية الصحية.

تأكيد دور وأهمية الطب الوقائي من خلال برامج تحسين الصحة والسلوك الصحي.

التركيز على إستراتيجيات احتواء التكلفة وقياس مخرجات الرعاية الصحية (مثل تحليلات التكلفة مقابل الفائدة).

توقع التغير دور الصحة العامة بالاتجاه ناحية الأساسيات (الوقاية من المرض، التقصي الوبائي، مكافحة الأمراض)، والبعد عن تقديم الرعاية الصحية الأولية.

توقع عجز في قوة هيئة التمريض (على سبيل المثال يبلغ هذا العجز ٨٠٠,٠٠٠ فرصة عمل في حدود عام ٢٠٢٠م بالولايات المتحدة الأمريكية)، على الرغم من عدم قبول كل الراغبين للالتحاق ببرامج كليات التمريض بسبب عجز هذه البرامج عن استيعابهم نتيجة للنقص في عدد هذه الكليات.

ازدياد الضغوط المطالبة بتخفيض التكلفة الإدارية للرعاية الصحية.

وسوف نتعرض في الصفحات التالية إلى توضيح وإبراز تأثير وعلاقة الاتجاهات الاجتماعية الرئيسية الضاغطة على النظام الصحي والدافعة لإحداث التغيير التنظيمي، وكذلك التغيرات المستقبلية التي تواجه المنظمات الصحية، على كل من المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية.

أولاً - ملامح التغيير في المستشفيات Features of Change in Hospital:

تتصف البيئة التي تعمل وتؤثر وتتأثر بها المستشفيات بالتعقيد المتزايد وعدم التأكد بالنسبة لما يتعلق بعملية التنبؤ بالمتغيرات التي قد تحدث فيها [٥٣]. بالإضافة إلى ما يحدث في هذه البيئة من تزايد الضغط على المستشفيات من جانب الجماعات والمنظمات الاجتماعية المختلفة لفرض المزيد من قدرتها على محاسبة المسئولين عن المستشفيات، وزيادة الاستجابة لمتطلباتهم. وبالتالي تجد المستشفيات نفسها في

وضـــع يجبرها على التوافق والتوفيق بـــين أهداف متناقضة في بعض الأحيان. فعلى ســـبيل المثال إذا أخذنا قضية «المحاسبة» نجد أن الجهات الحكومية تنظر إلى عملية المحاســـبة من منظور ضبط التكاليـــف، في حين أن جماعات المســـتهلكين للخدمات الصحية ترى المحاســـبة في صورة النجاح في إضافة خدمات صحية جديدة ومشاركة مجتمعية أكبر في اتخـــاذ القرارات المتعلقة بصحتهم والتي تلبي احتياجاتهم الصحية الفعلية. ومن هنا يمكننا إدراك أن مســـتقبل المستشفيات يستلزم التنبه لضرورة بذل جهود أكبر واســـتعداد أكثر للتجديد والتطوير، والقـــدرة على إدارة التبعات الخارجية للتغيير، والقدرة – في الوقت نفســـه – على تعلم وإعـــادة تنظيم الارتباطات الموجودة بـــين العوامل الدافعة للتغيير التنظيمي بالمستشـــفيات. ومن أهم هذه الارتباطات ما يلي [٥٤]:

التأثر بالتغير في المعتقدات والتوقعات الاجتماعية:

تعـــد المعتقدات والتوقعات الاجتماعية من أهـــم عوامل توجيه الخدمات الصحية، وتغيُّر هذه المعتقدات والتوقعات ســـوف يعيد تشـــكيل الموضوعات والأسئلة الأساسية التي تقود الجدل حول السياســـة الصحية، وذلك فيما يتعلق بالخصائص المســـتقبلية للخدمات الصحية. إن الموضوعات والأسئلة التي ترتبط بالوصول إلى الخدمة الصحية، وعـــدم قبـــول التركيز على خفض تكلفـــة الخدمات الصحيـــة دون النظر إلى ضرورة جودتها وأمانها، والمحاسبة على نتائجها سواء من الناحية الإكلينيكية أو المالية، والقيم الجديدة للمحاســـبة التي ترى ضرورة الربط بين التكلفة والجـــودة والنتائج الصحية على الفـــرد والمجتمع، والربط بين التكلفة والمنفعة، وبـــين تلبية الاحتياجات وتوقعات المســـتهلكين والمجتمع والطلب على الخدمات الصحية، والمشـــاركة في المســـئولية بين القطاعين الحكومي والأهلي، ومواجهة الكوارث الطبيعية والإنسانية، كلها موضوعات لن يمكن تجاهلها في المستقبل، وسيكون لها تأثير بالغ على مقدمي الخدمات الصحية والجهات المنظمة لها وعلى إدارة وتنظيم الخدمات الصحية بالمستشفيات.

وإعادة تنظيم الخدمات الصحية بالمستشـــفيات نتيجة للمعتقدات الســـابقة سوف يظهر في صورة ثلاثة أنماط أساسية هي:

- الرعايـــة الصحية وعلاقتها بالاتجاهات السياســـية: تزايـــدت العلاقة بين الصحة والسياســـة في حقبة التسعينيات إلا أن تلك العلاقة سوف تزداد بشدة في المستقبل اعتماداً على قدرة الناس في الوصول إلى السياســـيين والمطالبة باحتياجات صحية

محددة. وسوف يتمثل ذلك من خلال موضوعات مثل أبحاث الخلية الجذعية، والاستنساخ، وتقنيات تنظيم الأسرة، والرعاية الصحية للفئات المهمشة اجتماعياً والفقراء، وقرارات إنهاء الحياة كالموت الرحيم، ونشر مظلة التأمين الصحي الشامل، والمسائل المتعلقة بالرعاية الصحية للمسنين، كلها متعلقة بالتشريعات والممارسة السياسية مثلما هي متعلقة بالعلم والرعاية الصحية [٥٥].

- تخفيض المهنية في عملية تقديم الخدمات الصحية: وذلك بالاتجاه أكثر نحو إعادة تعريف الرعاية الصحية ومعاملة خصائص الرعاية الصحية كخصائص ينطبق عليها نموذج المنظمة الصناعية التجارية إلى جانب النشاط المهني المعروف عنها [٥٦]. وذلك اعتماداً على متغيرات مثل زيادة المنافسة السوقية، والمحاسبة الفعلية المعتمدة على ربط النتائج بالمنفعة المحققة، وخطوط الخدمة (الإنتاج)، والإعلانات الموجهة مباشرة للمستهلك عن الخدمات الصحية، وغيرها. وسوف يؤدي هذا الاتجاه إلى قبول المهنيين للمحاسبة المشتركة من قبل ممولي الخدمات الصحية، ومستهلكيها، والمجتمع [٥٧].
- تغيير نظام المستشفيات من خلال الدعاوى القضائية: بسبب الاتجاه التجاري للمستشفيات، والسلوك التنافسي في أسواق الخدمة الصحية سوف تتعرض المستشفيات لتأثير المنازعات القضائية أو التهديد بها كقوة ستشكل إستراتيجية العمل والسلوك في أسواق تقديم الخدمات الصحية [٥٨]، وخاصة فيما يتعلق بالتنفيذ المستقبلي لإستراتيجيات إدارة التكلفة العنيفة.

التأثر بالتغير في التركيبة السكانية ووبائيات الأمراض:

من المفترض أنه لا يمكن أن تنجح إدارة مستقبلية للمستشفيات دون الأخذ في الاعتبار التغيرات السكانية الحادثة حالياً ومستقبلياً، وانعكاس ذلك على الخصائص الوبائية للأمراض الشائعة بين السكان. ولتوضيح والتدليل على أهمية هذه الحقيقة نشير إلى أن الدراسات المتخصصة في الولايات المتحدة الأمريكية أظهرت أنه يوجد أكثر من ١٠٠ مليون مواطن أمريكي مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل (مثل ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، مرض السكري، والربو الشعبي، والإعاقات العقلية والجسمانية، وغيرها)، وأن ٥٠٪ من هؤلاء مصابون بأكثر من مرض مزمن في وقت واحد، وأن رعاية وعلاج هذه النوعية من المرضى تستنفد نحو ٤٧٠ ملياراً من الدولارات سنوياً للخدمة الطبية فقط المتعلقة بهذه الأمراض [٥٩]. ويرتبط هذا النمط من الأمراض بالتأكيد بالزيادة المستمرة في التركيبة السكانية الخاصة بنسبة

المسنين (فوق سن ٦٠ أو ٦٥ سنة حسب سن التقاعد بالدولة)، حيث يتوقع أن ترتفع هذه النسبة بمقدار يزيد على الضعف في الولايات المتحدة الأمريكية (من نحو ٣٥ مليوناً إلى نحو ٨٦ مليوناً) في الفترة ما بين عام ٢٠٠٠ وعام ٢٠٥٠ [٦٠].

وسوف تمثل الأمراض المتعلقة بزيادة «تشيخ «السكان أو زيادة عمرهم، مع الأمراض المتعلقة بنمط الحياة والعادات الصحية السيئة كالأكلات السريعة غير الصحية، والتدخين، وقلة الحركة، والسمنة [٦١]، التحديات الحقيقة المستقبلية أمام نظام تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات. فأمراض القلب والسرطان يعتبران السببين الرئيسين للوفيات في الدول المتقدمة وبعض دول العالم النامي. كما سيظهر تأثير زيادة عمر الفرد في زيادة عدد الذين يعانون مرض «الزهايمر»، وفي صورة زيادة كبيرة في عدد الوحدات الصحية اللازمة لرعاية هؤلاء المرضى كوحدات الرعاية التمريضية، وما يستتبع ذلك من زيادة في عدد القوى العاملة المتعلقة بهذا المرض، إلى جانب النواحي الأخلاقية والمهنية اللازمة لهذه الرعاية [٦٢].

«التأثر بالتطوير التكنولوجي»

من المتوقع أن يستمر التطور الصحي التكنولوجي والمتمثل في الوسائل الحديثة للعلاج والوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض في التأثير على الخدمات الصحية بالمستشفيات، من خلال تسببه في طرح العديد من الأسئلة والمسائل التي تنشأ نتيجة للتسارع الكبير لهذا التطور العلمي والتقني. إن أسئلة أو موضوعات مثل من الذي يمكنه أن يحدد ماهية وذروة أو اكتمال هذا التطور؟، ومن الذي سيتخذ قرار استخدام تلك التقنيات الحديثة من الأصل؟، ومن سيستخدمها؟ ولمن؟ وفي أي الأغراض؟، ولأي درجة ستكون المركزية في اتخاذ هذه القرارات؟، وما تأثير التقنية والأجهزة الحديثة على التفاعل والعلاقة التقليدية المطلوبة بين مقدم الخدمة والمريض؟، وهل ستظهر اعتبارات أخلاقية جديدة نتيجة لمجموع النتائج التي ستفرزها هذه التقنية؟ [٦٣].

وسوف يغير التطور التكنولوجي في النموذج التقليدي للصحة والمرض وتحوله من نموذج محدد للعلاقة بين التشخيص والعلاج للأمراض، إلى منظور جديد للعلاقة بين توقع المرض والتدخل المبكر للعلاج في مراحله الأولى. لقد أتاحت المقدرة العلمية المتوافرة حالياً من عمل الاختبارات الجينية التي تمكن من معرفة الأمراض المستقبلية لفرد ما، وبالتالي يصبح الهدف الأول للمرفق الصحي هو منع حدوث المرض المتوقع، أو على الأقل الكشف المبكر عنه والتدخل السريع في مراحل المرض الأولى، وبغرض

تقليل عواقب المرض على كل من الفرد والمجتمع والمرافق الصحية. إن التقدم الصحي العلمي وخاصة في مجال الجينات والهندسة الوراثية يفتح المجال في المستقبل لما يسمى «الطب الشخصي» المعتمد على تحديد الأخطار الصحية التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد، وبالتالي اختيار إستراتيجيات معينة وناجعة للتشخيص والعلاج، وما يحيط بكل هذا من قضايا كحق المريض في الخصوصية، والثقة في عدم إفشاء أسراره الصحية والاجتماعية، وتأثير ما سبق على تنظيم وإدارة الخدمات الصحية بالمستشفيات [٦٤].

الترتيبات التنظيمية المطلوبة:

عندما تتغير المعتقدات والتوقعات الاجتماعية، والتركيبة السكانية، ونمط وخصائص وتوزيع الأمراض، والتقنية الطبية، سوف تتأثر بالضرورة الترتيبات التنظيمية اللازمة لتقديم خدمات المستشفيات، بدءاً من طبيعة المستشفى ذاتها، وأهدافها، وخدماتها، وتفاعلاتها. ويتوقع في المستقبل أن تظهر المستشفيات بصور مختلفة، وعلاقات وارتباطات جديدة مع المنظمات الأخرى الموجودة بالبيئة، نتيجة لفرض التغيير على الصورة النمطية الحالية للمستشفى. ومن أهم الأشكال التي سوف تظهر نتيجة للتكيف مع المتغيرات الجارية والمتوقعة ما يلي [٦٥، ٦٦]:

- التكامل الرأسي والأفقي (ويعد من أكثر الجهود المبذولة تنظيمياً داخل وبين المستشفيات للتكيف مع المتغيرات البيئية).
- نمو نظم تقديم الرعاية الصحية المنظمة استجابة وكنتيجة لضغوط احتواء التكلفة، وتحسين الجودة، وتأمين نقل التقنية، والمحاسبة.
- تطور وزيادة شبكات الرعاية الصحية المجتمعية.
- قيام التحالفات الإستراتيجية (مثل تحالفات الشراء المشترك، ونظم تقديم الرعاية الصحية المعتمدة على أصحاب العمل) لتسهيل نقل المعرفة التقنية للمجتمعات المحلية.
- وربما تظهر في المستقبل شبكات سلسلة الموردين أو قيم الرعاية الصحية، والتي تضم مجموعة أو شبكة فعلية لمؤسسات تشترك في إنتاج خدمات أو منتجات معينة كما حدث من قبل في المجال الصناعي.
- حسم مسألة نمو «المستشفيات التخصصية «والتي بدأت على يد الأطباء (أطباء العظام وأمراض القلب على وجه التحديد) الذين لم يرضهم العمل ضمن فريق

تقديم خدمات المستشفيات الموجهة للمجتمع التقليدية. ويلزم في هذا الحسم تقرير هل يتم الاستمرار في هذا الاتجاه أم ترجح كفة المعارضين لهذه النزعة.

- تغيير الخصائص التاريخية للمستشفيات بالاتجاه نحو تبادل المنتجات والمعلومات والأموال والقيم الاجتماعية، وتأكيد التفاعل والاعتمادية المتبادلة بين مجموعة من المستشفيات بغرض توجيه الخدمات ناحية «العميل» تلبيةً لطلبات وتوقعات المرضى وفئات المجتمع المختلفة. وسوف يفرض هذا الاتجاه مسائل إدارية عديدة يلزم أخذها في الحسبان تختص بالالتزام تجاه المجتمع وأفراده، والرقابة على الخدمات المقدمة، وتحسين جودة الأداء، والكفاءة، والاتصال الفعال، وتوفير المعلومات، والمشاركة الإيجابية.

تبعات التمويل:

بالضرورة سوف يشكل التغيير الديموجرافي ونمط الأمراض والأشكال التنظيمية الجديدة للمستشفيات ضغطاً كبيراً على كيفية تمويل المستشفيات وعلى كيفية استرداد مقدمي الخدمات الصحية نفقات علاج المرضى، وخاصة عند عدم وجود نظم صحية تأمينية شاملة، أو في حالة وجود شرائح كبيرة من السكان خارج مظلة التغطية بخدمات تأمين صحية. والنقطة الأساسية هنا هي كيفية توفير حزمة من الخدمات الصحية الأساسية (مثل خدمات رعاية الأمومة والطفولة والمسنين والتطعيمات، وخدمات طب الأسرة) لجميع السكان.

والأسئلة المثارة بالنسبة لهذه الحقيقة العادلة والبسيطة كثيرة ولكنها منطقية للغاية قبل التفكير والاستعداد لمواجهة المتغيرات القادمة. وأهم هذه الأسئلة:

- ما الخدمات الصحية التي تعتبر أساسية؟
- ما المنافع الناتجة عن تقديم هذه الخدمات؟
- ماذا ستتكلف عملية الحصول على هذه المنافع؟
- من الذي سيمول الحصول على هذه الخدمات الأساسية؟ وكيف؟

إن الإجابة عن هذه الأسئلة في ظل متغيرات الشراكة والاندماجات بين الشركات التي تدير المستشفيات، وتحديد الدور الحكومي – في ضوء ما تحتله نفقات الخدمات الصحية من نسبة كبيرة من إجمالي الدخل القومي كما أسلفنا من قبل– من ناحية الفصل بين تقديم الخدمة والتمويل، قد يفتح الطريق أمام المواطنين للاختيار بين

العديد من أشكال عرض الخدمات الصحية وخاصة من قبل القطاع الخاص، وخاصة عند تطبيق مبدأ «الدفع مقابل الأداء». وهذه ميزة جديدة سوف تسهم بقوة في تحويل اتجاه المسئولين عن المستشفيات للعمل وتنظيم وإدارة هذه المرافق لصالح تلبية طلبات ورغبات العميل الذي يستهلك الخدمة الصحية (٦٧). والمطلوب في كل ذلك أن يتم في ظل الحقيقة الأساسية الضاغطة ألا وهي احتواء التكلفة بمعنى ضغط وتقليل النفقات دون أن يخل ذلك بمتطلبات الممارسة المهنية السليمة وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

تغيير دور المريض:

كان لتوافر المعلومات من خلال ما يسمى «بالسوق المباشر» للأدوية والتدخلات الطبية عن طريق إعلان شركات الأدوية عن منتجاتها التي لا تحتاج إلى وصفة طبية، أو من خلال الشبكة العنكبوتية، والفاعلية الحقيقية للملف الطبي الإلكتروني - الأثر الكبير على تغير دور المريض وخاصة فيما يختص بالعلاقة بمقدمي الخدمة. وبعض الأطباء يعترفون بأن ذلك أسهم في تحسين استجابة المرضى لانتظام العلاج في حين أن البعض الآخر يعارض ذلك. وأصبح من المألوف أن يتحدث الناس عن موضوعات تخصصهم طبياً مع الآخرين بدلاً من التعود التقليدي على طرق هذه المسائل مع الأطباء فقط.

النتيجة المباشرة لهذا التغير ينصب في مصلحة تمكين المريض مما يخلق ضغطاً على الأطباء المقدمين للخدمة (وخاصة أطباء الرعاية الصحية الأولية)، وخاصة في ظل المجهودات والضغوط الحقيقية لخفض النفقات، وزيادة توقعات المرضى تجاه جودة الخدمة المقدمة (٦٨).

تغيير دور الطبيب:

تؤثر المتغيرات السابقة كتغير التوقعات والمعتقدات، ووبائيات الأمراض، والتكنولوجيا الجديدة والتركيز على تقييمها وتحديد نتائجها، والتغيرات التنظيمية في ملامح الخدمات الصحي، والتمعن والتدقيق في نفقات الرعاية الصحية، في إعادة تعريف دور الطبيب في الخدمة الصحية والتأثير في الدور التقليدي المعروف للطبيب. وسوف ينعكس ذلك في صورة خلق أدوار وتخصصات جديدة للأطباء والذي يتمثل في تخصص «أخصائي التنويم بالمستشفى «Hospitalist، وهو أخصائي في طب التنويم عليه واجبات محددة إكلينيكية ومالية وأيضاً تجاه السياسات المتبعة بالمستشفى (٦٩).

وعلـــى الرغم من العيب الموجود في هذا الاتجاه من ناحية الفصل بين الرعاية المقدمة في العيادات الخارجية وبين تلك المقدمة في الأقســـام الداخلية للمستشـــفى بدلاً من استمراريتها، إلا أن هذا الاتجاه ينمو حالياً لما له من آثار على تكلفة، وجودة الخدمات، والوقاية من الأمراض، وأخذ وجهة نظر المريض فيما يتعلق بالقرارات الطبية، ومعرفة الأطباء بما يجري بالمستشفى من أمور إدارية، وزيادة الاعتماد على نمط الطب والإدارة القائمة على الدليل Evidence-based medicine/management.

والتحول الذي حدث في نمط الأمراض والوفيات، والتغير في التركيب الســـكاني، فرض على مهنـــة الطب ضرورة التركيز على الوقاية من وعلاج الأمراض الناتجة عن السلوك أو أسلوب الحياة الخاطئ والتدهور الصحي الطبيعي نتيجة للتقدم في العمر مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الرئة، والحوادث، والاســـتخدام السيئ للأدوية والمخدرات، والإيدز والأمراض الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنســـي، والسرطان، والإعاقات الجسدية والذهنية. كما أن التغير في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية، والتطور في بحوث المخرجات الصحية جعل الممارسة الإكلينيكية تعتمد على الطب القائم على البرهان أو الدليل.

وســـوف تؤدي بحوث المخرجات الصحية بالنسبة لحالات محددة إلى إيجاد بدائل للوسائل والعلاجات التقليدية مما يعزز فرص مستهلكي الخدمات الصحية بالمستشفيات فـــي الاختيارات المتاحة أمامهم ويرغبون فيها لعلاج الحالات التي يعانونها. وســـوف يؤدي ذلك أيضاً إلى تفهم واعتراف مقدمي الخدمة بحق المريض ومشاركته في تقرير ما يراه متناسباً لحالته الصحية.

هذا بالإضافة إلى أن هذه المتغيرات سوف تدفع الأطباء للبحث عن وسائل جديدة للممارســـة المهنية وإدارتها مثل مســـتقبل طب الأسرة، ولجنة قيادة المشروع، والطبيب التنفيـــذي، وغيرها من الأمور التي ســـتجعل الأطباء أكثر وعيـــاً ومعرفة بالبيئة التي يمارسون فيها مهنتهم. وبالتالي سوف تزداد مشاركتهم في اتخاذ القرارات التي تمس عملهم وحياتهم ومستقبلهم المهني.

كل ذلك سوف يؤثر بالتأكيد على التعليم الطبي ونمط حرية التصرف أو التصرف الذاتي الذي تنتهجه كليات الطب. وســـوف يحتاج الأمر نوعاً من الشـــراكة الجديدة المتمثلـــة في أنماط جديدة لتقديم الخدمات الصحيـــة، ومفهوم جديد للمهنية الطبية في إطار مؤسســـي كبير يؤكد التوجه للمريض باعتباره شـــريكاً وليس عميلاً مستهلكاً للخدمة فقط [٢٠].

تغيير دور التمريض:

تعـد مهنة التمريض أكبر مهنة متفردة في حـد ذاتها في مجال المهن الطبية كلها، ولذلك تواجه تحديات كبيرة في التحول المالي والمهني للخدمات الصحية بالمستشفيات من أجل الجودة والكفاءة. وأهم هذه التحديات يندرج في عدة نقاط أساسية هي:

- النقـص الكبيـر المتوقع في عدد هيئة التمريض في المسـتقبل القريب لعجز كليات التمريض عن تخريج العدد المطلوب في ظل زيادة عدد السـكان، وفي الوقت نفسـه تحول نسـبة ليسـت بالقليلة من أعضاء هيئة التمريض للتقاعد أو للعمل جزءاً من الوقت.
- التغير المتوقع في دور التمريض نتيجة لهذا العجز الذي سيفرض الاستعانة بممرضين وممرضات مساعدين سيؤدي إلى تبعات إدارية لمتابعة ومراقبة هؤلاء المساعدين من قبل المرضين والممرضات المرخصين مما سـيضعهم في وضع حرج لتحملهم تبعات إدارية كبيرة.
- سـيؤدي التمريض الدور الأكبر في تنسيق الخدمة الصحية، وإدارة المعلومات فيما يخص الربط بين المعلومات الإكلينيكية والمالية، وتحسين جودة الخدمات.
- الاتجاهات والتحديات التي سـوف تؤثر على الأطباء والتي أُشـيرَ إليها في التغيير الذي سيحدث للأطباء، سوف تؤثر أيضاً على التمريض، كالتأكيد على التكلفة مقابل المنفعة، والتغير في التركيبة السكانية ونمط توزيع الأمراض، والترتيبات التنظيمية. وبالتالي زيادة الدور المتوقع من التمريض وزيادة مشاركتهم في اتخاذ القرارات.

تغيير دور الفئات الطبية المساعدة:

تشكل الفئات الطبية المساعدة أكثر من ٦٠٪ من حجم العمالة بالمستشفيات، وتتكون ممـا يقرب من ٢٠٠ فئة محـددة، ولهذا فهي أكبر قوة عمل بالمستشـفيات، وأكثرها تعقداً، وأكثر مجموعة عمل قابلة للنمو في مجال الخدمات الصحية. وتشـارك هذه الفئات في الخدمات المكملة والمسـاعدة لتقديم الخدمـات الصحية المتعلقة بتحديد وتقييـم والوقاية من الأمـراض، وكذلك مجالات أخرى متعـددة كالتغذية، والتأهيل، وخدمات الصحة العامة للأسـنان، والأشعة التشـخيصية، والتقنية الطبية، والمعالجة المهنية، والطب الطبيعي، والمعالجة التنفسية، والتخاطب [٣١].

وكما هو الحال بالنسـبة للأطباء والتمريض تؤثر حقائق التمويل، واسترداد نفقات العلاج، والسـكان، والأمراض، والتطور التقني، والترتيبات التنظيمية، على مسـتقبل

وتنظيم هذه الفئـات وخاصة فيما يختص بتعدديتها، وحجمهـا، والتخصص الزائد، والتحـدي هنا الذي يواجه هـذه الفئات هو ضمان التكامل بينهـا، والتدريب الكافي لأفرادها من أجل مواجهة احتياجات المرضى ضمن نمط الخدمة المقدمة من مجموعة تخصصات متعددة، والمعتمد على الممارسة الجيدة القائمة على البرهان والمعلومات.

والجـدول التالي يلخص الاتجاهات والتغيرات السـابقة التـي حدثت في العقود القليلة الماضية والتوقعات المستقبلية لها كما يلي:

جدول رقم (٦)

أهم متغيرات بيئة المستشفيات بين الماضي والحاضر والمستقبل

موضوع التغير	الماضي (الستينيات - الثمانينيات)	الحاضر (٢٠٠٦)	المستقبل (٢٠٠٦ وما بعدها)
المعتقدات والتوقعات الاجتماعية.	- سيطرة مقدمي الخدمات.	- تغير توقعات المستهلكين للخدمة.	- تقليل المهنية، المحاسبة المشتركة، المسئولية والتقارير لجهات أخرى خارجية.
التركيبة السكانية ووبائيات الأمراض.	- تشيخ السكان (زيادة أعمار السكان) - موضوع غير مطروح. - الأمراض المعدية.	- التشيخ موضوع بارز وبالغ الأهمية. - الأمراض المزمنة.	- التشيخ بؤرة النشاط الصحي. - أمراض نمط الحياة والمسنين. - تعددية طالبي الخدمة (الفئات المهمشة والفقراء والمهاجرين).
التطور التكنولوجي.	- سرعة التطور والتطبيق.	- ظهور الجهود الهادفة لتقييم التطور التكنولوجي ونتائجه.	- استخدام التجارب العشوائية والتحليل اللاحق.
التمويل واسترداد نفقات العلاج.	- موضوع غير مطروح. - استرداد النفقات بعد تقديم الخدمات.	- اهتمام بالغ ومؤثر. - التحول للحصول على نفقات العلاج قبل تقديم الخدمات (الدفع المسبق).	- مبادرات طريقة «الدفع مقابل الأداء».
الترتيبات التنظيمية.	- صناعة على نمط «البيت الصغير» عدد كبير من مقدمي الخدمة.	- النظم الصحية. - ظهور الأشكال التنظيمية.	- إعادة تنظيم ملامح شبكات ونظم تقديم الخدمات.
دور المريض.	- سلبي.	- بداية التحول نحو التفاعل.	- أخذ المبادرة.

دور الأطباء.	- الانفراد بالممارسة المهنية.	- الممارسة داخل مجموعات.	- الممارسة المؤسسية (طبيب التنويم). - المشاركة الفعالة في النشاط الإداري. - تفسير/تكامل المعلومات الإكلينيكية.
دور التمريض.	- الممارسة الإكلينيكية.	- بداية التحول لقوة لها دور في السياسات.	- المشاركة الفعالة في التركيب الإداري ووضع السياسات. - القيادة الإكلينيكية.
دور الفئات الطبية المساعدة.	- موضوع غير مطروح.	- ظهور أهمية هذه الفئات.	- مشاركة أساسية في الفرق التي تدير الخدمات الطبية خلال فترات المرض والنقاهة والصحة.

المصدر (بتصرف):

Stephen M. Shortell et al, Health Care Management: Organization Design and Behavior, 2006. PP. 502&509.

التغيير والدور الإداري بالمستشفيات Managerial Role and Change in Hospitals:

تتطلب تحديات المستقبل احتياجات يلزم الاستجابة لها من قبل إدارة المستشفى والوعي بضرورة قبولها والتكيف معها. وتتحدد هذه الاحتياجات في ثلاث فرضيات وأربعة تأثيرات أساسية ظاهرة كما يلي [٧٢]:

- الفرضية الأولى تتعلق باستمرار الرعاية الصحية بملامحها الثنائية المعتادة كمنتج/خدمة اقتصادية واجتماعية. ونظراً لأنه من المستحيل مالياً تقديم خدمات رعاية صحية غير محدودة، فلابد أن توجد آليات لتخصيص الموارد المتاحة. ومن المرجح أن هذا سوف يستمر بالاشتمال على بعض الخصائص السوقية نظراً للضغوط الموجودة من الناس التي ترى أنه يجب توفير الخدمات الصحية العلاجية وخاصة للفئات التي ليس لديها القدرة على دفع تكاليفها. وفي هذه الحالة سيكون التحدي الرئيس أمام مديري المستشفيات ومسئوليها هو الضغط الكامن الناتج عن تعارض اعتبار الرعاية الصحية منتج/خدمة اقتصادية وفي الوقت نفسه اجتماعية.
- الفرضية الثانية ترى أن العالم لم يعد بسيطاً بل تعقد بدرجة كبيرة، وزادت فيه درجة الالتباس والغموض وعدم التأكد، وسيجد المديرون ذوو الخلفيات والخبرات المهنية والتدريبية المختلفة أنفسهم أمام ضغوط وتوترات سوف تنعكس على زيادة معدل تركهم لأعمالهم وخاصة بالمستشفيات الصغيرة والعامة [٧٣].

- الفرضيـــة الثالثة هي تقبـــل المديرين للواقع والعمل مع بعضهم للإســـهام في صنع مســـتقبلهم ومستقبل مستشفياتهم. وفي هذه الحالة لن تكون المتغيرات البيئية هي وحدها المؤثرة على قرارات المديرين، بل ســـيكون هناك تأثير لقرارات المديرين على المتغيرات البيئية.

من هذه الفرضيات الثلاث تنتج أربعة تأثيرات أساسية يحتوي كل منها على تحولات جذرية في الدور الإداري بالمستشفيات كما يلي:

- التحـــول من إدارة مستشـــفى إلى إدارة ســـوق أو شـــبكة تقديم خدمـــات. ومديرو المســـتقبل سوف يمارسون ما يســـمى «بإدارة عبر الحدود»، وسيحتاجون إلى تنفيذ ذلك المهارات في عملية الدمج بين المستشـــفيات، والتفاوض، ووضع إســـتراتيجيات التحالف والشراكة لخدمة مجتمعات محددة.
- التحول الثاني متعلق بمديري الإدارة الوســـطى الذين سيتحولون من إدارة قسم إلى إدارة مدى من الخدمات. بمعنى أن الدور التقليدي لمدير قســـم الصيدلة أو المختبر أو الأشـــعة لن يكون كما هو في السابق، بل سيصبح هناك مدير لخدمات الصيدلية والمختبر والأشـــعة ضمن مـــدى معروف لخدمة طبية. وســـتكون أغلب مهام هؤلاء المديرين المســـتقبلين خارج نطاق المستشفى ذاتها. وبذلك سيكونون في احتياج كبير للتخلص من العقلية التقليدية لإدارة الأقســـام بالمستشـــفيات، والتطور نحو اكتساب مهـــارات ومنهجيـــات تعتمد على المجتمع فـــي تقديم الخدمـــات، وأهمية الاتصال والتعامل الشخصي مع الآخرين، وإقامة العلاقات التعاونية.
- التحول الثالث يشمل تغيير العقلية الإدارية التي اعتادت على التنسيق بين الخدمات المقدمـــة إلى عقلية جديـــدة تحتاج إلى الإدارة الإيجابية وتحســـين الجودة لمدى من الخدمات، ويتطلب ذلك اكتســـاب نظرة جديدة وواسعة للمهام والمسئوليات الفردية. بمعنى أنه لن يكون هناك مجال أو تركيز في المســـتقبل مثلاً لتنسيق خدمات «وحدة الرعاية المركزة» مع الوحدات التي تخدمها، ولكن ســـيكون التنسيق معنياً بالخدمات المقدمة خلال الفترة التي يكون فيها شخص ما مريضاً (فترة المرض) أو خلال فترة النقاهة، بدءاً من منزله، إلى عيادة الطبيب، ثم الإقامة لفترة بسيطة بوحدة الرعاية المركـــزة، ثم وحدات ما بعد الرعاية المركزة، ثـــم الرعاية المنزلية بعد خروج المريض من المستشفى؛ لأنه لن يجدي بعد الآن التركيز على مرحلة واحدة خلال فترة مرض شخص ما باعتبارها مســـئولية للمستشفى فقط عن فترة علاجه بالمستشفى، ولأن المهم هو نتيجة محنة المرض على حالة الفرد الصحية. وإدارة جودة الرعاية الصحية

المقدمة للمريض ستتطلب من المديرين بجميع المستويات الإدارية النظر إلى كل العمليات الإدارية المتعلقة بمراحل المرض على أنها وحدة واحدة لها صفة الاعتمادية بين كل منها، وأن أغلب هذه العمليات ستتم خارج المستشفى وليس داخلها.

- التحول الرابع يتعلق بالتحرك من البيئة البسيطة نسبياً إلى وضع معقد يكون فيه المديرون التنفيذيون مضطرين للموازنة بين احتياجات واهتمامات الأفراد وبين المنظمة والمجتمع الكبير للمستشفى. والتوفيق بين هذه الاحتياجات والاهتمامات سوف يضع المديرين في وضع يجعلهم مضطرين لفهم وتنظيم عدة اعتبارات متعلقة بالنواحي الأخلاقية والمهنية والتي سيكون على رأسها موضوعات مثل كفاءة تخصيص الموارد المتاحة من جميع الموارد للأنشطة الصحية المختلفة، والاستجابة لمتطلبات أصحاب المصلحة في نشاط المستشفى مثل الملاك وحاملي الأسهم، وتضارب المصالح عند اتخاذ قرارات شراء المعدات والأجهزة الجديدة [٧٤].

من كل ما سبق من متغيرات عدة في مجالات مختلفة يمكن القول إننا الآن أمام عصر جديد تتغير فيه وظيفة ومهام وأدوار وتنظيم وإدارة المستشفيات عما اعتدنا عليه منذ عقود. وبالتالي يلزم التفكير قبل أي شيء في تغيير أهداف المستشفيات لتتواءم مع الدور الذي تقوم به في ظل المتغيرات العديدة التي تم الإشارة إليها من قبل، لأن الأهداف المحددة هي الأساس الذي سيحدد الأنشطة المطلوبة، فالمهام المتعلقة بكل نشاط، فالوظائف المطلوب شغلها بأفراد يتولون مهمة التنفيذ، ثم يأتي دور التنظيم.

تغيير أهداف المستشفيات:

يعد تشكيل المفاهيم الجديدة لمواجهة عالم متغير الحاجة الأساسية للمستشفيات اليوم. والملمح الرئيسي في هذا الشأن هو النظر من جديد لأغراض وأهداف المستشفيات، إذ إن معظم المستشفيات تعتقد أن لديها أهدافاً محددة مع أن الكثير من الدراسات التحليلية أثبتت صعوبة التعبير عن هذه الأهداف بلغة خدمة المجتمع. ولا تخرج أهداف المستشفيات عادة عن محتوى تقديم أقصى أو أفضل أو أحسن رعاية طبية ذات الجودة العالية للمريض.

والأسئلة الجديدة والمطروحة اليوم هي: ما هذه الرعاية التي توصف بأنها أفضل وأحسن؟، وما مكوناتها؟، ولمن تقدم هذه الرعاية الطبية ذات الجودة العالية؟، وهل وضعت الأهداف – في حقيقتها ونتائجها – طبقاً لاحتياجات هيئة الأطباء والعاملين أو طبقاً لاحتياجات المرضى؟، وهل تم تخطيط هذه الرعاية لتتوافق مع وضع واحتياجات المجتمع وموارده؟.

إن أهداف المستشفى قد لا تعني شيئاً إذا كانت تكراراً لأهداف مستشفيات أخرى، وقد يتعدى الأمر ذلك بظهور المستشفى وخاصة في المدن بصورة من يجتهد لتقديم أفضل رعاية ولكن لأفضل مريض (الأغنياء والقادرين والمشهورين)، ولكن لم يحدث حقيقة أن مستشفى قام بتحسين الجودة وتقديم رعاية طبية عالية الجودة من أجل تحسين صحة الناس كهدف أسمى وأعمق. إن المستشفيات لا تعطي عناية لضرورة التعرف على المجتمع الذي تخدمه، ومؤشراته ومقاييسه، وماذا يعمل، ولا تحدد مسئولين أو مسئولية محددة لهذا الغرض، ولا تضع برامج خدماتها طبقاً لأهداف مجتمعية، وبالتالي لا يمكن أن تكون المستشفيات قد وضعت أهدافها حقيقة لخدمة المجتمع.

ثانياً - ملامح التغيير في الرعاية الصحية الأولية:

جعل إعلان «آلما آتا» الشهير عام ١٩٧٨ (السابق الإشارة إليه في الفصل السابق) من الرعاية الصحية الأولية فلسفة، ومستوى من مستويات الرعاية، ومجموعة معينة من الخدمات، وإستراتيجية لتوفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠، وتحولاً جذرياً في نظرتنا إلى الصحة والرعاية الصحية. ولقد هيأت الرعاية الصحية الأولية بيئة مواتية للعديد من المبادرات والبرامج الصحية التي لاقت الكثير من النجاح، وأفرزت الكثير من الإيجابيات التي تم البناء عليها بعد ذلك من أجل تطوير هذه الرعاية وتحسين طرق إدارتها وتنظيمها.

ولقد تغير العالم كثيراً على مدى العقود الثلاثة الماضية، ولا يوجد أدلة كثيرة تشير إلى أن السلطات الصحية أثبتت قدرتها على مدى تلك العقود على استباق حدوث تلك التغيرات، والاستعداد لها أو حتى التكيف معها عندما تصبح أمراً واقعاً. وهذا الأمر يثير قلقاً حقيقياً مبعثه حقيقة تسارع هذه التغيرات واستمرارها. فالعولمة وتحضر الحياة وشيخوخة السكان ظواهر سوف يزيد من تأثيرها الآثار الصحية لظواهر أخرى عالمية مثل تغيير المناخ نتيجة لارتفاع درجة حرارة الأرض التي نعيش عليها. ويتوقع أن يكون تأثير هذه الظواهر أكبر على الشعوب التي تعاني في الأصل الفقر والتخلف والحرمان الصحي مقارنة بشعوب الدول المتقدمة مما يزيد من حدة التباين الموجود أصلاً بين الدول من ناحية التمتع بالخدمات الصحية المناسبة على مستوى العالم. والمتوقع أن يزيد عبء المرض، والتباينات في المجال الصحي، وقلة مرونة القطاع الصحي في الاستعداد لهذه التغيرات.

وقد تناولنا في الفصل السابق الاتجاهات المهمة للنظم الصحية والتي تعوق تطوير الرعاية الصحية الأولية وتحقيق هـــدف الصحة للجميع، وتم تحديد هذه الاتجاهات في النظم الصحية التي تركز بشـــكل غير متناسب على عرض ضيق للرعاية العلاجية التخصصية، أي التركيز على المستشفيات، والنظم الصحية التي يتبع فيها نهج القيادة والتحكــم في مكافحة الأمراض (البرامج الصحية الرأســية) مع التركيز على النتائج القصيرة الأمد، وهو النهج الذي يجزئ الخدمة الصحية نتيجة تعدد البرامج والمشاريع الصحيــة، والنظم الصحية التي يتبع فيها نهـــج رفع الأيدي أو عدم التدخل، مما أدى إلى ازدهار إضفاء الطابع التجاري غير المنظم على تقديم الخدمات الصحية. وتعتبر هذه الاتجاهات كلها تقاعســاً عن توجيه الخدمات الصحية تجاه الاســتجابة الشاملة والمتوازنة للاحتياجات الصحية.

كما أشرنا أيضاً إلى أنماط الرعاية الصحية المعيبة والتي قد تنتج عن الاتجاهات السابقة. وتم تحديد هذه الأنماط في الخدمات الصحية العكسية، والمجزأة، والمفقرة، وغيــر المأمونة، والموجهة بطريقة ســيئة. ولتجنب هذه العيوب كان يلزم الاســتجابة الفعالــة للتحديات الصحية في عالم اليوم والمعبرة عن نقص قيم المســاواة والتضامن والعدالــة الاجتماعيــة والتطلعات المتزايــدة للمواطنين لتحديــث مجتمعاتهم، والتي تفــرض مجموعة من الإصلاحات الصحية المتمثلة في إصلاحات التغطية الشــاملة، وإصلاحات السياسة العامة، وإصلاحات تقديم الخدمات التي تعيد تنظيم الخدمات الصحية بجعلها انعكاســاً لاحتياجات فعلية للســكان والمجتمعات، وأنسب اجتماعياً، وأكثر اســتجابة للعالم المتغير الحالي، وإصلاحات تقــديم الخدمات تهدف إلى جعل النظــم الصحية تركز على الناس، وإصلاحات القيــادة التي يكون هدفها التخلي عن الاعتماد المفرط على القيادة والتحكم من جانب واحد وهو الدولة، والاســتعاضة عنها بالقيادة الشاملة المعتمدة على المشاركة والتفاوض كسمة أساسية يقتضيها تعقد النظم الصحية المعاصرة.

وإذا ما نظرنا بالتحديد إلى العوامل أو ملامح التغيير في الرعاية الصحية الأولية ومرافقها الأســاســية كالمراكز الصحية الحضرية والوحــدات الصحية الريفية، فإننا نــدرك بوضوح أن التحديات والتغيرات التي تم تناولها في الصفحات الســابقة فيما يتعلق بالمستشفيات من تغير في المعتقدات والتوقعات الاجتماعية، والتركيبة السكانية، ونمــط وخصائص وتوزيع الأمراض، والتقنية الطبيــة، والترتيبات التنظيمية، وتبعات التمويل، وتغير أدوار كل من الأطباء والتمريض والفئات الطبية المســاعدة، سوف تلقي

بظلالها على الرعاية الصحية الأولية بصفتها تحديات وتغيرات يؤثر معظمها أيضاً على الرعاية الصحية الأولية ومرافقها التي تتأثر بالتغير وحركة السوق من ناحية، وباعتبارها جزءاً من النظام الصحي العام من ناحية أخرى.

ولأن الرعاية الصحية الأولية معنية بتحسين صحة الجماعات والمجتمعات، ولكونها الرعاية الأساسية المطلوب تقديمها للجميع باعتبارها حداً أدنى مناسباً من الرعاية الصحية، ولأنها بداية الدخول في نظام الرعاية الصحية من خلال الممارسين لطب الأسرة، فإن ملامح التغيير في الرعاية الصحية الأولية يجب أن تشمل النواحي التالية (٧٤)، (٧٥):

- تعزيز الثقافة التنظيمية المتوخية لإنشاء نظام صحي وطني موثوق به ويرتكز على الرعاية الصحية الأولية، ويقدم خدمات جيدة ومعتمدة، على جميع المستويات.
- التوسع في الحصول على حزمة أساسية من المدخلات الصحية، عن طريق التحول والتنظيم للنظم الصحية القائمة بهدف تيسير الحصول على الخدمات الصحية الأساسية للجميع، ولتحقيق الحماية الصحية الاجتماعية.
- التعامل مع صحة كل إنسان في المجتمع بدلاً من التركيز على صحة الأم والطفل.
- الاستجابة الشاملة لتطلعات الناس واحتياجاتهم لتشمل كامل نطاق المخاطر الصحية والاعتلالات، بدلاً من التركيز على مجموعة صغيرة من الأمراض المعدية والحادة المنتقاة كما حدث في العقود الأخيرة.
- تعزيز أنماط معيشة أكثر صحة، وتخفيف الآثار الضارة للأخطار الاجتماعية والبيئية، من خلال إصحاح البيئة وتوفير المياه النقية والتثقيف الصحي وخاصة على مستوى القرى.
- تمكين العاملين بالتدريب والحصول على التكنولوجيا المناسبة والأدوية الملائمة، والقدرة على استخدامها بكفاءة وفاعلية، بديلاً للنهج الذي كان متبعاً والخاص بالحصول على تكنولوجيا بسيطة للعاملين الصحيين والمتطوعين وغير المهنيين.
- المشاركة المؤسسية للمجتمع المدني في حوار السياسات، وآليات المساءلة، والمحاسبة على النتائج، كاستكمال للمشاركة المجتمعية المعروفة منذ زمن والمتمثلة في تعبئة الموارد المحلية، وإدارة المراكز الصحية من خلال اللجان الصحية المحلية.
- وجود نظم صحية متعددة تعمل في سياق التغيرات العالمية الجارية، تغييراً للخدمات المولة من الحكومة والمقدمة منها في ظل الإدارة المركزية من أعلى لأسفل.

- توجيه نمو الموارد الصحية نحو التغطية الشاملة للخدمات الصحية.
- توجيه المساعدات الثنائية والمساعدات التقنية نحو نظام يتميز بالتضامن العالمي والتعلم المشترك.
- وضع الرعاية الصحية الأولية في وضعها الطبيعي بوصفها المنسق لاستجابة شاملة على كل المستويات، بدلاً من اعتبارها نقيضاً للمستشفى.
- النظر للرعاية الصحية الأولية على أنها ليست رعاية صحية رخيصة الثمن ولا تحتاج إلا إلى استثمارات متواضعة، فهي تتطلب استثمارات كبيرة ولكنها تعطي قيمة أكبر مقابل المال الذي تتكلفه مقارنةً بالبدائل الأخرى.

وينبغي أن يكون هناك تركيز على التحديات الصحية الرئيسية التي تواجه الدول – وخاصة في دول العالم الثالث – والتي يلزم التصدي لها باتباع منهاج يشمل القطاعات الأخرى المهتمة بالصحة، وبالتالي يمكن التعرض ومعالجة مسائل أكثر أهمية للصحة كالفقر، والتهميش، والتشريد، والتخلف الاقتصادي، ونقص البنى التحتية (المياه، الصرف الصحي، الطاقة)، والمستويات التعليمية المنخفضة، والتدني البيئي، وغيرها. ويجب أن تسعى إستراتيجيات تغيير وتطوير الرعاية الصحية الأولية لتأييد ودعم إطار تنظيمي متماسك من شأنه تعزيز الكفاءة والفاعلية، بغرض تحقيق القيمة الأفضل بالموارد المتاحة، وذلك من خلال ما يلي:

- التقليل من البيروقراطية وتبعاتها.
- تدعيم صنع القرارات القائمة على أساس الدليل.
- تحسين الفعالية عن طريق إعادة تنظيم الخدمات.
- تخصيص عادل للموارد للاحتياجات الصحية الفعلية والعادلة وحسب الأولويات.
- تحديد حزمة الخدمات الأساسية التي يمكن لجميع المواطنين فرصة الحصول عليها.
- إضفاء صفة وخصائص اللامركزية على الإدارة التفعيلية للأنظمة الصحية.
- ضمان مشاركة المجتمع مشاركة فعالة.
- التعاون الفعال بين القطاعات المختلفة المهتمة بالصحة.
- إعداد نماذج عملية وجذابة لتمويل الرعاية الصحية الأولية وإداراتها.
- الاستخدام الملائم للتكنولوجيا الجديدة.

- الاهتمام بالعلاجات البديلة (الطب البديل).
- غرس روح ومبادئ وقيم جودة الخدمة.

إن القيم المبدئية التي أعربت عنها فلسفة الرعاية الصحية الأولية عند نشأتها في أواخر السبعينيات أصبحت حقيقة أساسية اليوم على نحو يزيد عما كانت عليه عند صدور إعلان آلما - آتا عام ١٩٧٨م. ولا يمكن أن يدعي أحد اليوم أنها قناعات أخلاقية فقط أفرزتها عقول بعض المثقفين والمهتمين بالحالة الصحية في العالم، بل هي توقعات اجتماعية ملموسة وموجودة بين جماعات المواطنين العاديين في المجتمعات التي أخذت بأسباب الحداثة. فقيم مثل الإنصاف، والعدالة، والمشاركة المجتمعية، والتركيز على الناس، والحق في اتخاذ القرارات المؤثرة على صحتهم، أصبحت ركائز أساسية في حياة الناس اليوم كتطلعات اجتماعية من أجل صحة أفضل للبشر. وهذه القيم أصبحت أيضاً محركاً ضاغطاً لتغيير النظم والإصلاحات الصحية في الاتجاه الذي يريده الناس. بمعنى توجيه موارد المجتمع نحو تحقيق المزيد من العدالة والإنصاف وإنهاء التهميش، ونحو خدمات صحية تتمحور حول احتياجات الناس وتوقعاتهم، ونحو سياسات صحية عامة متوجهة تجاه صحة المجتمع. مع ضرورة أن تعتمد الإصلاحات المطلوبة على مشاركة المواطنين وأصحاب المصلحة الآخرين في هذه الأمور.

مراجع الفصل التاسع:

1- Keehan, S.& Sisko, A. Truffer, C., et al., Health Spending Projections Through 2017: The Baby-boom Generation is Coming to Medicare. Health Affairs, 2008, 27 (2)146. http://www.healthaffairs.org/WebExclusives.

2- Pear, R., U.S. Health Care Spending Reaches All-time High: 15% of GDP. The New York Times, January, 9, 2004: P. 3.

3- Lighter, Donald E., Advanced Performance Improvement in Health Care: Principles and Methodes. Jones And Bartlett Publications, Sudbury, Massachusetts, U.S.A., «2011». P. xi.

٤- العميان، محمود سلمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال. دار وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الثانية، عمان، الأردن، ٢٠٠٤، صفحة ٣٤٤.

٥- سيزلاجي، أندرو دي. ووالاس، مارك جي.، السلوك التنظيمي والأداء، ترجمة جعفر أبو القاسم أحمد، الإدارة العامة للبحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤١٢هـ/١٩٩١م، صفحة ٥٤٤.

6- Bruke ,W .Warren and Warren ,H .Schmidt ,Management and Organizational Development. Personnel Administration, March 1971. P. 45.

٧- العديلي، ناصر محمد، السلوك الإنساني والتنظيمي: منظور مقارن، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٥. صفحة ٥٤٥.

٨- حسن، محمد حربي، علم المنظمة. جامعة الموصل، الموصل، العراق، ١٩٨٩، صفحة ٢٩٢.

٩- الدهان، أميمة، نظريات منظمات الأعمال. الطبعة الأولى، مطبعة الصفدي، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٩٩٢، صفحة ١٩١.

١٠- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي: دراسة للسلوك الإنساني الفردي والجماعي في المنظمات الإدارية. دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٩٩٣. صفحة ١٥٩.

11- Robbins, Stephen P ,.Organizational Theory: The Stracture and Design of Organizations. Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., N. J., U.S.A., 1983. PP. 269-272.

١٢- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي، ١٩٩٣. مرجع سبق ذكره، الصفحات ٢٣٤-٢٢٨.

١٣- علي، محمد عبد الرشيد، إدارة المنظمات والسلوك التنظيمي. إصدارات وزارة الثقافة والسياحة، صنعاء، الجمهورية اليمنية، ٢٠٠٤. الصفحات ٣١٢-٣١٣.

١٤- ماهر، أحمد، تطوير المنظمات: الدليل العملي لإعادة الهيكلة والتميز الإداري وإدارة التغيير. الدار الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٧. ص ٦٨.

15- Kreitner, Robert and Kinici, Angelo, Organization Behavior. 2nd ed., Homewood, IRWIN, 1992. P. 632.

16- Ivancevich, John M. & Donnelly, James H. and Gibson, James L., Management: Principles and Functions. Homewood, , IRWIN,1989. PP. 558-559.

17- Luthans, Fred, Organization Behavior, 5th ed., McGrew-Hill Book Co., New York, USA, 1989. PP. 593-559.

18- Robbins, Stephen P., 1983. op cit., PP. 269-270.

19- Huse, Edgar F. and Bowditch, L., Behavior in Organizations. Addison-Wesley Publishing Co., Reading, Mass. U.S.A., 1993. PP. 379-388.

20- Ivancevich et al, 1989, op. cit., P. 559.

٢١- النجار، فريد راغب، إدارة التغيير الإستراتيجي العربي لمواجهة الأزمة المالية العالمية، الدار الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩. صفحة ٣٥٨.

٢٢- الصيرفي، محمد، إدارة التغيير. دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٦. الصفحات ١٩-٢٠.

٢٣- النجار، فريد راغب، التغيير والقيادة والتنمية التنظيمية محاور الإصلاح الإستراتيجي في القرن ٢١. الدار الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٧. صفحة ٥٥.

٢٤- مختار، حسن محمد أحمد، إدارة التغيير التنظيمي: المصادر والإستراتيجيات، الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠١٠. صفحة ٥٤.

٢٥- الهواري، سيد، تجديد المنظمات وإعادة حيويتها. المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، ١٩٩٤. في الصيرفي، محمد،، إدارة التغيير. دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٦. الصفحات ٣٢-٣٣.

٢٦- القريوتي، محمد قاسم، السلوك التنظيمي، ١٩٩٣. مرجع سبق ذكره، صفحة ١٧٣.

٢٧- العامري، أحمد سالم والفوزان، تامر محمد، مقاومة الموظفين للتغيير في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: أسبابها وسبل علاجها. مجلة الإدارة العامة، المجلد السابع والثلاثون، العدد الثالث، رجب ١٤١٨هـ / نوفمبر ١٩٩٧. الصفحات ٣٧٥-٣٧٦.

28- Kreitner, Robert and Kinici, Angelo, Organization Behavior., 1992, op. cit., P. 734.

٢٩- حريم، حسين، السلوك التنظيمي: سلوك الأفراد والجماعات في منظمات الأعمال. الطبعة الثالثة، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٤٢٩هـ/٢٠٠٩م، الصفحات ٣٨٩-٣٩٠.

30- Schermerhorn, John R. & James, G. Jr &Hunt, Richard, and Osborn N., Managing Organization Behavior. 8th ed., John Wiley and Sons Inc., New York, U.S.A., 1991. P. 494.

٣١- العطيات، محمد بن يوسف النمران، إدارة التغيير والتحديات المعاصرة للمدير: رؤية معاصرة لمدير القرن الحادي والعشرين: دراسة تطبيقية على الخطوط الجوية العربية السعودية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، المملكة الأردنية الهاشمية، ١٤٢٦هـ / ٢٠٠٦م. الصفحات ١١٥-١١٩.

٣٢- هال، ريتشارد هـ.، المنظمات: هياكلها، عملياتها، ومخرجاتها. - ترجمة سعيد بن حمد الهاجري، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، ١٤٢٢هـ/٢٠٠١م. الصفحات ٤٤٠-٤٤٣.

٣٣- سيزلاجي، أندرو دي. ووالاس، مارك جي.، السلوك التنظيمي والأداء، ١٤١٢هـ/١٩٩١م. مرجع سبق ذكره. الصفحات ٥٦٢-٥٦٣.

34- Roland, Deborah and Higgs, Malcolm, Sustaining Change: Leadership That Works. John Wiley & Sons Inc., West Sussex, England, 2008. PP. 43-44.

٣٥- غراب، محمد جلال، شركة ممفيس للأدوية والصناعات الكيماوية: تجربة رائدة في مجال التطوير والتغيير الفعال. بحث مقدم للمؤتمر السنوي الرابع لإستراتيجيات التغيير والتطوير في المنظمات، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ١٩٩٤.

٣٦- العامري، أحمد سالم والفوزان، تامر محمد، مقاومة الموظفين للتغيير في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: أسبابها وسبل علاجها، ١٩٩٧. مرجع سبق ذكره. الصفحات ٣٥٣-٣٨٩.

٣٧- عشوش، محمد أيمن، مقاومة التغيير التنظيمي: دراسة ميدانية مقارنة بالتطبيق على بنوك التنمية والائتمان الزراعي. مجلة الدراسات المالية والتجارية، كلية التجارة، بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، يوليو ٢٠٠٠.

٣٨- العوضي، نوال أحمد، نموذج مقترح لمنهج الإدارة المفتوحة لتحقيق التغيير الفعال بالتطبيق على وزارة الصحة بدولة الإمارات العربية المتحدة. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التجارة، جامعة عين شمس، ٢٠٠٥.

٣٩- مرزوق، ابتسام إبراهيم، فعاليات متطلبات التطوير التنظيمي وإدارة التغيير لدى المؤسسات غير الحكومية الفلسطينية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة، ٢٠٠٦.

40- Kan, Melanie M. and Parry, Ken W., A Rounded Theory of Leadership in Overcoming Resistance to Change. Leadership Quarterly, Vol. 15, Issue 4, August 2004. PP. 467-491.

41- Messer, Carlo O., Resistance to Change in the Community College: The Influence of Participation, Open Communication, Percieved Organization Support, and Organization Commitment. Dissertation Abstract, The University of Oklahoma, 2006.

42- Bonnie, Brinson, Burns, A Field Experiment to Investigate a Decrease in Resistance to Change Through Practice of Covery Principle in Development of an Enterprise Information System. Dissertation Abstract, University of South Alabama, 1999.

43- Giangreco, Antonio and Peccei, Riccardo, The Nature and Antecedents of Middle Manager Resistance to Change: Evidence from an Italian Context. International Journal of Human Resource Management, Vol. 16, Issue 10, Oct. 2005. PP. 1812-1829.

44- Podlesnik, Christopher A., Effects of Instructions on Resistance to Change. Psychological Record, Vol. 56, Issue 2, Spring 2006. PP. 303-320.

٤٥- عبوي، زيد منير، إدارة التغيير والتطوير. الطبعة الأولى، دار كنوز للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ١٤٢٨هـ/٢٠٠٧م. الصفحات ٤١، ٤٢.

٤٦- العميان، محمود سلمان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال. دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ٢٠٠٢. صفحة ٣١٥.

٤٧- وولش، كيران وسميث، جوديث، إدارة الرعاية الصحية. ترجمة اللواء/ نبيل أبو النجا، الطبعة الأولى، مجموعة النيل العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، ٢٠٠٩. صفحة ٣٢.

48- Sutcliffe, Kathleen M. and Weber, Klaus, The High Cost of Accurate Knowledge. Harvard Busines Review, 81, no. 5, 2003. P. 75.

49- Drucker, Peter F., Managing the Nonprofit Organizations: Principles and Practices. HarperCollins Publications, New York, U.S.A., 1990. P. 9.

٥٠- وولش، كيران وسميث، جوديث، إدارة الرعاية الصحية، ٢٠٠٩. مرجع سبق ذكره. الصفحات ٢٦-٢٨.

51- Swayne, Linda E. & Duncan, W. Jack and Ginter Peter M., Strategic Management of Health Care Organizations. Sixth Edition, John Wiley & Sons Inc., West Sussex, England, 2009. PP. 37-39.

52- Morris, Charles R., Why U.S. Health Care Costs Are't Too High. Harvard Busines Review, 85, no. 2, February 2007. P. 50.

53- Stefl, M. E., Editorial, Frontiers of Health Care Management, 1999, 16 (1), 1-2.

54- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, 54-Health Care Management: Organization Design and Behavior, Fifth Edition, Thomson Delmar Learning, Thomson Corporation, N.Y., U.S.A., 2006. PP. 492-508.

55- U.S. House of Representatives Committee on Government Reform, Politics and Science in the Bush Administration, Minority Staff Special Investigations Division, Washington, D.C., August, 2003.

56- Glasser, R. J., The Doctor is Not In. Harpers Magazine, March, 1998, PP. 35-41.

57- Shortell, S. M.& Waters, T. M. & Clarke, K. B. W. and Budetti, P. P., Physicians as Double Agents: Maintaining Trust in an Era of Multiple Accountabilities. Journal of the American Medical Association, 1998, 280 (12), 1102-1108.

58- Bloche, M. G. and Studdert, D. M., A Quiet Revolution: Law as an Agent of Health System Change. Health Affairs, March, 2004, 23 (2), 29-53.

59- Lopez, L., Providing Care, Not Cure, with Chronic Conditions. Chapter Eight, Excerpted from The Robert Wood Johnson Foundation Anthology: To improve Health and Health Care, 1998-1999, Retrieved April 2010, from http://www.rwjf.org./ publicationsPdfs/anthology1999/chapter-8.html

60- U.S. Bureau of the Census, U.S. Interim Projections by Age, Sex, Race, and Hispanic Origin. March, 2004, Retrieved April 2010 from http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj

61- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2004, Nutrition and Physical Activity. Retrieved from http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity

62- Ernst, R. L., and Hay, J. W., The U.S. Economic and Social Costs of Alzheimer's Disease. American Journal of Public Health, 1994, August, 84 (8), 1261-1264.

63- Thompson, T. and Brailer, D., The Decade of Health Information Technology: Delivering Consumer-centeric and Information-rich Health Care. Report issued by the Office of the Secretary, National Coordinator for Health Information Technology. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 2004. July.

64- Califf, R. M., Defining the Balance of Risk and Benefit in the Era of Genomics and Proteomics. Health Affairs, 2004, Jan., 23 (1), 77.

65- Weiner, B. and Alexander J., The Challenges of Governing Public-private Community Health Partnerships. Health Care Management Review, 1998, 23 (2), 39-55.

66- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, 66- Health Care Management: Organization Design and Behavior, 2006, op. cit., P. 496.

67- Epstein, A. M., & Lee, T. and Hamel, M., Paying Physicians for High Quality Care. New England Journal of Medicine, 2004, 305 (4), 406-410.

68- Solberg, L. I. & Kottke, T. E. and Brekke, M., Quality Improvement in Primary Care: The Role of Organization, Collaboration and Managerial Care. In McLaughlin, C. P. and Kaluzny, A., Continuous Quality Improvement in Health Care. Jones and Bartlett Publishers, Boston, MA, 2006. P. 298.

69- Wachter, R. M. and Goldman L., The Emerging Role of Hospitalist in the American Health Care System. New England Journal of Medicine, 1996, 335 (7), 514-517.

70- Frankford, D. M. and Konrad, T. R., Responsive Medical Professionalism: Integration Education, Practice and Community in a Market-driven Era. Academic Medicine, February, 1998, 73 (2).

71- Association of Schools of Allied Health Professionals, Definitions: Allied Health Professionals, 2004. Retrieved from http://www.asahp.org

72- Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, 72-Health Care Management: Organization Design and Behavior, 2006, op. cit., PP. 509-510.

73- Harris, D. M., Contemporary Issues in Health Care Law and Ethics, Chicago: Health Administration Press, 2003. In Stephen M. Shortell and Arnold D. Kaluzny, Health Care Management: Organization Design and Behavior, 2006. P. 510.

٧٤- وولش، كيران وسميث، جوديث، إدارة الرعاية الصحية، ٢٠٠٩، مرجع سبق ذكره، صفحة ٢٤٦.

٧٥- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية: الآن أكثر من أي وقت مضى. التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٨، جنيف، سويسرا، ٢٠٠٨، صفحة ٨.

المؤلف في سطور

الدكتور طلال بن عايد الأحمدي

المؤهل العلمي:

- درجة الدكتوراه في إدارة الخدمات الصحية من جامعة بيتسبرج - مدينة بيتسبرج - الولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٥م.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ إدارة الخدمات الصحية المشارك - مدير وحدة دعم الجودة - معهد الإدارة العامة - الرياض.

أهم الأنشطة العلمية والعملية:

- بحث عن العوامل المحددة لمدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومي بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية - دورية معهد الإدارة العامة ١٤١٩هـ.
- ترجمة كتاب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها ٢٠٠٢م.
- تأليف كتاب إدارة الرعاية الصحية ١٤٢٥هـ.
- بحث بعنوان تحديد الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الأولية بمدينة الرياض - مدخل لتنمية القوى البشرية - معهد الإدارة العامة - ١٤٢٥هـ.
- بحث «إصابات المستشفيات - ذات تكلفة عالية يجب السيطرة عليها» - مجلة الجمعية المصرية لطب المجتمع - يوليو ٢٠٠٤م.
- العوامل المؤثرة في الرغبة في ترك الكوادر الطبية العمل في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض - ٢٠٠٧م.
- بحث عن مدى فاعلية إجراءات الأمن والسلامة المهنية في المستشفيات الحكومية - ٢٠١٠م.
- ترجمة كتاب تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية - أداة من أجل التعلم - معهد الإدارة العامة - ١٤٢٨هـ.
- ترجمة مقالة بعنوان «إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية: تطبيق» دورية معهد الإدارة العامة - رجب ١٤٢٢هـ أكتوبر ٢٠٠١م.

- بحـــث الولاء التنظيمي وعلاقته بالخصائص الشـــخصية والرغبة في ترك المنظمة: دراســـة ميدانية للممرضين العاملين في مستشفيات وزارة الصحة - المجلة العربية للإدارة - ٢٠٠٤م.
- بحث عن قياس الكفاءة النسبية للمناطق الصحية بالمملكة العربية السعودية - المجلة العربية للعلوم الإدارية - ٢٠٠٨م.
- ترأس لجنتي البحوث وهيئة تحرير دورية الإدارة العامة - بمعهد الإدارة العامة لمدة ثلاث سنوات.
- اشترك في العديد من اللجان العلمية والإدارية داخل المعهد وخارجه.
- عضو سابق في المجلس العلمي بمعهد الإدارة العامة.
- عمل مستشـــاراً غير متفـــرغ لعدة جهات، منها مجلس الخدمـــات الصحية، ووزارة الصحة، ومدينة الملك فهد الطبية بالرياض.

تم التصميم والإخراج الفني والطباعة في
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٣٣هـ

هذا الكتاب

يهدف إلى تقديم مرجع علمي في وظيفة مهمة وأساسية من وظائف الإدارة الصحية، ألا وهي التنظيم في المنظمات الصحية، وقد روعي في كتابته أن يكون مناسباً لدارسي الإدارة الصحية وممارسيها، في الوقت الذي لا يغفل فيه عن القيمة العلمية والفكرية من ناحية الحداثة والتركيز على وظيفة التنظيم في المنظمات الصحية فيما يخص المهتمين بمجال الإدارة الصحية.

ولقد كان الحافز لتأليف هذا الكتاب افتقار المكتبة العربية إلى مؤلف متخصص في مجال التنظيم في المنظمات الصحية.

وقد تناول المؤلف موضوعات الكتاب وعرضها في تسعة فصول، اشتملت على المفاهيم الأساسية للتنظيم والإدارة، وطبيعة وسمات الخدمات الصحية، وتنظيم مرافق الرعاية الصحية الأولية، وتنظيم المستشفيات، والإدارة العليا للمستشفى، ولجان المستشفى، والسلوك التنظيمي في المنظمات الصحية، ومركزية ولامركزية الخدمات الصحية، والتغيير التنظيمي في المنظمات الصحية.

وأخيرًا نرجو أن يكون الكتاب عوناً لدارسي الإدارة الصحية، ومسؤولي التنظيم الصحي، وطلاب العلم، والباحثين المعنيين بهذا الكتاب.

ردمك: ٩٧٨-٩٩٦٠-١٤-٢٠٣-٦

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٣٢هـ